22500027057

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

PUBLICACIÓN QUINCENAL, FUNDADA EN 1877

DIRECTOR-REDACTOR: Dr. OTTO WERNICKE

PRINCIPALES COLABORADORES:

Aranguren Juan F., ex interno del Hospital de Clínicas.
Aráoz Alfaro G., profesor sustituto, médico del Servicio de Niños del hospital San Roque.
Avila Méndez M., médico del Patronato de la Infancia.
Badía José, Director del Laboratorio bacteriológico de la A. P.
Bustamante S., médico del hospital Rawson.
Chaves G. N., profesor de clínica médica, miembro honorario del Departamento de Higiene.
Corbellini E., ex interno de cirugía del hospital de Clínicas.
Cranwell Daniel J., ex-interno del Hospital de Clínicas.
Decoud D., profesor sustituto, cirujano del hospital Militar.
Gutiérrez A., profesor sustituto, jefe de clínica quirúrgica del hospital San Roque.
Ibarguren A., jefe de clínica médica del hospital Rivadavia.
Justo Felipe, Oculista de la Casa de Expositos.
Lagleyze P., profesor de oftalmología, académico de la Facultad de Medicina.
Mendez Julio, Profesor sustituto de Clínica Médica.
Masi Alfonso., cirujano del Hospital Militar.
Ortiz Angel F., Médico del servicio de génito-urinarios (San Roque).
Palma P., profesor sustituto, jefe de clínica quirúrgica del hospital de Clínicas.
Posada A., médico interno del hospital de Clínicas, cirujano del Patronato de la Infancia.
Repetto Nicolas, Ex interno del Hospital San Roque.
Salvador Jaime, Ex interno del Hospital de Clínicas.
Schatz R., de la Inspección Técnica de Higiene de la Administración Sanitaria.
Segura E. C., médico interno de la Casa de Aislamiento.
Semprun J. R., médico de la Casa de Aislamiento.
Tornú E., laureado de la Facultad de Burdeos.
Vasallo B., cirujano de los hospitales del Rosario.
Wernicke R., profesor de patología general, académico de la Facultad.

650

TOMO XXI

AÑO DE 1898

ADMINISTRACION: CALLE CORRIENTES, Nº 2038

BUENOS AIRES
Imp. litog. y encuad. «Mariano Moreno», Corrientes 829
1898

313583

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

No. 558

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Enero 15 de 1898 Nº. 1

LA BLENORRAGIA, ENFERMEDAD GENERAL

Trabajo presentado á la Asamblea de la Asociación francesa de urología, por **Louis Jullien,** miembro corresponsal del C. M. A. y **Louis Sibut,** interno del Saint Lazare.

Hace más ó menos quince años que uno de nosotros ha constatado y afirmado la existencia del gonococo en la sangre.

Esta noción daba la clave de lo que en aquel tiempo se llamaba todavía reumatismo blenorrágico y era corroborada por la observación de *Petrone*, quien halló el microbio en un derrame articular. Sin embargo, como las observaciones que siguieron dieron resultados muy diversos, y como los hechos negativos se acumularon, se puso en duda la infección sanguínea, el trasporte del agente específico sobre las membranas sinoviales y se acusó á otros microbios: estafilococos, estreptococos y neumococos.

Los trabajos de *Souplet* y de una larga serie de autores, entre otros *Finger*, *Bordone Uffreduzzi*, *Colombrin*, *Macaigne* y sobre todo *Ahmann*, asistente de *Welander*, han llevado los nosologistas á una apreciación más equitativa, y hoy día nadie duda ya de la infección en globo de la masa sanguínea. *Wertheim* ha estudiado sobre un fragmento de vejiga inflamada las capilaritis, las flebitis y las trombosis gonocóccicas, y ha seguido así, paso á paso, la penetración del diplococo en el torrente sanguíneo. *Ahmann* ha hecho la cultura de gono-

cocos hallados en la sangre, y habiéndolo llevado hasta la 5ª generación, la ha inoculado á un hombre joven, libre de antecedentes venéreos, que se prestó voluntariamente á la experiencia. La uretritis sobreaguda que resultó fué tan grave que, á pesar del tratamiento más asiduo, se complicó tan cruelmente de cistitis, epididimitis, prostatitis, sinovitis y pleuroneumonía que el autor se pregunta, con razón, si pasando á la sangre el gonococo no sufre un aumento de virulencia.

Si las punciones quedan estériles, se debe pensar con *Ahmann*, no que la enfermedad es amicrobiana, sino que puede estar ligada á la presencia de organismos incluídos en los tejidos inflamados ó simplemente provenir de sus toxinas. Tampoco debemos deducir la no especificidad del gonococo, porque hallamos otros microbios en el líquido de punción. Sucede algo parecido en los abscesos tíficos, en los que el bacilo de Eberth se halla á veces solo, algunas veces asociado y hasta parece á menudo que cediera su lugar al producto de las infecciones secundarias.

Bajo todos estos puntos, los hechos siguientes que hemos observado en Saint Lazare nos parecen muy demostrativos é interesantes.

Observación I. Luisa M., 17 años. Entra el 8/6/96 con el diagnóstico uretro-vaginitis. Sin antecedentes personales ó hereditarios. De la uretra sale una gruesa gota de pus que al examen microscópico muestra abundantes gonococos; vaginitis intensa, endometritis concomitante, cuello enrojecido, anexos sanos. (Tratada por el método de lápices de ictiol en solución glicerinada á 1/5 siguió la uretritis su curso normal hasta el 6. VII.)

6. VII. La enferma sufre del vientre desde 8 días, pero no se ha quejado. Sin embargo, los dolores de la última noche han sido tan vivos que se le ha hecho una inyección de morfina; temperatura rectal 38º; lengua saburral; nada al tacto; dolor abdominal del lado derecho; á pesar de la contracción de los músculos rectos, se siente ó se cree sentir una tumefacción profunda. Funciones intestinales normales, recto vacío. Una erupción de manchas roseólicas ha aparecido en los miembros, abdomen y pecho, parecida completamente á la

de la fiebre tifoidea, cuyo diagnóstico se discute. Hay, además, dolor vivo en los músculos de la pantorrilla derecha.

7. VII. El dolor abdominal ha desaparecido, pero persiste el de la pantorrilla.

9. VII. Rodilla derecha dolorosa, aumentada de volumen, sobre todo al nivel de los tendones de la pata de ganso. Al mismo tiempo se diseña una sinovitis de los tendones de la muñeca izquierda (cara dorsal, tendones del extensor propio del pulgar y del índice.) Temperatura normal.

10. VII. Quedan solamente vestigios de la erupción, pero el brazo derecho es el sitio de un dolor vivo y lancinante, sobre todo al nivel de la V deltoidea; la localización es profunda, vecina del hueso, al nivel de la inserción tendinosa y se trata, probablemente, de un higroma. Dolor del tendón de Aquiles á la exploración. Nada del lado derecho en el mismo nivel, pero hay dolor vivo, sobre todo, á lo largo del borde interno de la tibia derecha. En esta región y un poco hacia atrás se observa un edema bastante considerable y la sensibilidad dolorosa es muy fuerte. La enferma acusa, además, un punto doloroso abdominal, arriba de la espina ilíaca anterior y superior derecha y al lado del ombligo. Es difícil no incriminar los músculos. Del canal de la uretra extraemos con trabajo una secreción rica en bastoncillos, pero exenta de gonococos. Se comienza á hacer diariamente una inyección de sublimado 0,01 gramo. T.R. mañ. 38¹ noche 39°.

11. VII. Fiebre viva, lengua saburral; el dolor abdominal es francamente muscular; brazo y piernas en el mismo estado, la rodilla continúa hinchada, dolorosa, impotente, pero sin hidartrosis, nube de albúmina en la orina T.R. m. 38,¹. noche 39°.

12. VII. Los dolores de la pantorrilla han desaparecido. Delirio durante la noche; epistaxis en la mañana. Al examen extemporáneo hallamos en la sangre un microorganismo especial, en forma de punto, muy móvil, más pequeño que el estafilococo, pero igualmente redondeado. Sembrado sobre agar y líquido de ascitis se desarrolla en este último medio quedando estériles las culturas de agar. Conserva en la cultura los caracteres observados en el examen extemporáneo y se reproduce indefinidamente siempre igual, durante un gran número de generaciones T.R. m. 38,² n. 38,°.

13. VII. El dolor abdominal ha desaparecido, pero la rodilla izquierda, á su vez, está hinchada. Estado tífico. Lengua

seca. Tratamiento baños fríos T.R. m. 39º n. 40º. Delirio continuo, diurno y nocturno.

15. VII. Ligera disminución en la intensidad de los fenómenos febriles. El brazo ya no es doloroso. La hinchazón de las rodillas tiende á desaparecer; la rodilla derecha ha vuelto al estado normal T.R. m. 38,4 n. 39.

16. VII. Mismo estado general y local T.R. m. 37,8 n. 38.

17. VII. La albuminuria ha desaparecido; la rodilla izquierda está libre. La enferma pide comer T.R. m. 37 n. 37,4.

La curación siguió desde entonces su marcha regular, sin temperatura anormal, sin dolor.

Observación II. Luisa D., 17 años. Entra al hospital el 22/III/97 con el diagnóstico de afección sifilítica de las amígdalas.

Antecedentes hereditarios: padre albañil, tose habitualmente; la madre murió de una afección del pecho; un hermano muerto de convulsiones.

Antecedentes personales: dice haber tenido á los 14 años un reumatismo que fué tratado en el hospital de niños. No sabe si entonces tenía algo en el corazón. Se ha entregado á la prostitución hace unas seis semanas; es corpulenta y de mediana fuerza. Peso 50,5 kg.

Según ella, su sífilis data de dos meses, es decir, en este momento estallaron los accidentes secundarios; no hay datos sobre lesión anterior. A su entrada constatamos una erupción maculosa roseólica limitada al tronco. Los miembros están libres de erupción, exceptuando la palma de la mano y la planta de los pies.

Caída abundante del pelo en mechones. No hay cefálea, pero sí dolores osteocopos violentos, artralgias múltiples, mialgias y dolores neuríticos al nivel de los nervios intercostales.

Velo del paladar edematoso, se ve una placa blanca al nivel de la última molar derecha.

Es imposible hallar en los órganos genitales restos de un chancro, pero sí se encuentran 4 pápulas erosivas de color cobrizo.

Bazo, determinado con el fonendoscopio, de 13,5 × 7 cm.

Corazón é hígado, normales. Poliadenitis inguinal.

Además, vaginitis con secreción rica en gonococos.

3. IV. Inyección en los gluteos de estearato de mercurio (0,05 gramos en 0,50 cc de aceite de almendras dulces.)

12. V. Placas mucosas hipertróficas en el velo del paladar y en el pilar anterior izquierdo, notables por su color casi amarillo, hacen, al parecer, eminencia de 0,5 cm., se parecen á arvejas.

15. V. Se continúa con las inyecciones; la vaginitis se complica de metritis.

24. V. Aparición de sinovitis retromaleolares en ambos pies; hidartrosis muy dolorosa de la rodilla izquierda.

Latidos cardíacos muy violentos, rudos, con algunos *piaulement* en la punta. No hay soplo. Pulso 112. Estado saburral pronunciado; sed viva T.R. m. 38,^{2} n. 39,^{1}.

25. V. Lo mismo T.R. m. 38,^{5} n. 39,^{1}.

26. V. Esta mañana epistaxis y hemoptisis; soplo rasposo, *piaulant* en el primer tiempo en la punta; pulso pequeño, regular. No habiendo lesión pulmonar, debe atribuirse la hemoptisis al estado del corazón. Aumento de los síntomas articulares T.R. 38,^{6} n. 39,^{1}.

27. V. Artritis del hombro izquierdo T.R. m. 38,$_{9}$ n. 39,$_{3}$.

28. V. Ha aparecido, además, un soplo en el segundo tiempo y un *roulement* presistólico muy claro. Albuminuria T.R. m. 38,^{9} n. 38,^{4}.

29. V. Hidartrosis inflamatoria de la rodilla derecha T.R. m. 38,^{2} n. 38,^{9}.

30. V. T.R. m. 38 n. 38,^{6}.

31. V. Rodillas deshinchadas. Corazón en el mismo estado T.R. m. 37,^{8} n. 38,^{4}.

1. VI. El soplo del segundo tiempo es más fuerte que el del primero: se propaga hasta el axila llegando hasta el dorso. Se extrae asépticamente de la vena mediana cefálica izquierda un poco de sangre, de la que una parte se examina inmediatamente mientras que con la otra se hacen siembras sobre tubos de ascitis. El examen extemporáneo muestra gonococos, pero las culturas sobre ascitis quedan estériles.

2. VI. Temperatura normal. Régimen lácteo absoluto. Continúa la albuminuria. A partir de este día, se hacen inyecciones diarias subcutáneas de sublimado en solución al 1 %.

5. VI. No hay más albuminuria. Las inyecciones se interrumpen.

11. VI. Rodillas y tobillos casi sanos; se continúa con las

inyecciones de sublimado tanto contra la sífilis como contra la gonococohemia.

18. VI. Epistaxis; en la sangre perdida por la enferma encontramos gonococos. Frotes pericárdicos intensos, sobre todo en la base.

23. VI. La auscultación muestra una agravación constante del estado del corazón. Los soplos de estrechez se combinan con los de insuficiencia mitral. Se oye hasta cierto punto que la estrechez debida á algunas vegetaciones valvulares tiende á desaparecer. Pero á medida que las vegetaciones se eliminan, se destruye la función de las válvulas en que estaban situadas y la insuficiencia se hace más formidable. El corazón late ligero y sin falso paso. El choque precordial es fuerte y se siente trabajar el corazón con esfuerzo. En el cuarto espacio intercostal izquierdo, y á 7 centímetros del borde izquierdo del esternón, se halla una zona del tamaño de una pieza de cinco francos, dolorosa á la presión; á este nivel se halla el máximum de frotes pericárdicos. Pulso 112; pulso rápido, depresible, aunque fuerte parecido al pulso de la insuficiencia aórtica, salvo en que es muy rápido. Apirexia. Enflaquecimiento.

2. VII. Todas las artralgias han desaparecido. Se suspenden las inyecciones de sublimado (17 ha recibido la enferma.) Tumefacción de los ganglios cervicales.

6. VII. Síntomas de sinfisis cardíaca. El choque de la punta (5º espacio) es fuerte y conmueve la pared determinando una repercusión vibratoria torácica muy particular. Soplo en el primer tiempo que se propaga al pequeño silencio, al segundo ruido y aparte del gran silencio; es seguido de un ligero *roulement* presistólico. El soplo pasa la axila llegando hasta el dorso. Durante la noche un fuerte ataque de disnea. Pulso pequeño, 120 pulsaciones.

8. VII. La enferma tiene un poco de tos sin datos por la auscultación pulmonar.

19. VII. Anoche palpitaciones formidables con dolores angustiosos precordiales, amenazas de síncope, palidez de la cara, hemoptisis, seguido de dolores vivos en la axila derecha. Este ataque ha durado media hora. La auscultación muestra una insuficiencia bien establecida; debajo de la axila derecha, al nivel del borde externo del lóbulo medio, rales subcrepitantes finos de congestión pulmonar y rales sibilantes; submatitez, ligera disnea.

27. VII. Nueva crisis de sofocación.

5. IX. Nueva aparición de placas mucosas.

20. X. Peso 46,5 kg. La enferma ha perdido 4 kg. Las crisis de sofocación se repiten todavía. La enferma ha quedado sin fuerzas, incapaz para siempre de toda clase de trabajos.

Algunos detalles de estas observaciones merecen, según creemos, fijar nuestra atención.

a) Una de nuestras enfermas (observación II) era sifilítica y parece como si la sífilis se hubiera desvanecido delante la blenorragia. Debemos, sin duda, atribuir este hecho á la elevación térmica, la que, como es sabido, hace más lenta y atenúa la evolución de la sífilis, pero quizás debe atribuirse una parte á la influencia recíproca, todavía desconocida de los dos agentes virulentos.

b) Hemos podido ver (observación I) una dermatosis gonocóccica evidente, de la más perfecta semejanza con las manchas rosadas lenticulares tíficas, es decir, con el tipo de las erupciones infecciosas.

c) La elevación de la temperatura ha acompañado siempre la invasión y la progresión del gonococo, alcanzó su máximum (40°) cuando fueron invadidas las meninges.

d) En un caso el gonococo ha sido hallado en la sangre, lo que comprueba la opinión que uno de nosotros ha sostenido siempre. En el otro caso no hemos hallado como parásito sanguíneo sino un coccus indeterminado é indefinidamente cultivable sobre líquido ascítico. Debemos limitarnos por el momento á registrar el hecho.

e) En estos dos casos se empleó la inyección diaria de sublimado, medio recomendado por uno de nosotros hace varios años contra la artritis gonorreica. Su falta de éxito en dos casos tan graves no es suficiente para disminuir el mérito de esta práctica que ya ha demostrado su fuerza muchas veces.

f) Entre las localizaciones observadas merecen recordarse: 1° la miositis, poco estudiada hasta el día, pero

incontestable y que merece tomar su sitio entre las miositis infecciosas cuyo tipo es la tífica. 2º La meningitis que se ha manifestado en nuestra enferma (observación I) de una manera sobreaguda y que, felizmente, cedió á los baños fríos. 3º En fin, y sobre todo la endocarditis que, siguiendo una marcha implacable, produjo la desorganización valvular irremediable, taquicardia, perturbaciones circulatorias y amenazas incesantes de embolia que conjuramos con mucho trabajo, pero cuyos peligros no podemos alejar indefinidamente.

TESIS DE 1897

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

1—Agudo Avila Antonio. *Otitis de las células mastoideas. Diagnóstico y tratamiento.*—74 páginas.

A. estudia sucesivamente la historia, anatomía y fisiología de la apófisis mastoides, etiología, anatomía patológica, sintomatología, pronóstico y tratamiento, y concluye su trabajo con 4 historias de casos observados en el servicio del Dr. E. Obejero.

Para Agudo Avila la fisiología de las células mastoideas no se conoce todavía. En la etiología hace figurar como factor importante, casi único, la supuración de la caja y las causas que pueden producir ésta.

La *caída* de la pared postero-superior del conducto no le parece de tanta importancia como cree *Schwartze*. La iluminación del antro, propuesta por Caldwel, la cree llamada á obtener la primacía cuando se use para diagnosticar la supuración de las células mastoideas; su propagación es todavía dificultosa debido al costo elevado de los aparatos. El método de Okauneff y la percusión de la apófisis son de poco valor para el diagnóstico. En el tratamiento es preferible a ducha de aire al lavaje de la caja, porque la primera barre mejor el pus que el lavado. No debe esperarse demasiado con la intervención quirúrgica de temor que se produzcan complicaciones graves, que ya no ceden á este tratamiento. Para

la incisión de la piel es preferible la incisión de Pouisot; para abrir la apófisis conviene más la gubia que el trépano, que opera á ciegas. La abertura del seno lateral no tiene la importancia que se le atribuye.

2—ARANGUREN JUAN FELIPE.—*Contribución al estudio de la cura radical de los aneurismas quirúrgicos.*—60 páginas.

Después de discutir los diversos métodos conocidos, A. se decide por la extirpación total del saco.

Estudia en seguida las condiciones de circulación colateral en el miembro inferior, y llega á las siguientes deducciones:

La cura radical: 1º da una mortalidad menor que la ligadura. 0,86 contra 8,33%.

2º Expone tres veces menos á la gangrena.

3º Da una curación radical.

4º Evita con seguridad las siguientes complicaciones, que no evita la ligadura: la inflamación y la supuración del saco, la hemorragia secundaria y la agravación, en caso de aneurisma de una gruesa colateral.

5º Pone á cubierto de las neuralgias y facilita más que la ligadura el restablecimiento de las funciones del miembro.

A. da al final de su trabajo un cuadro comparativo de los aneurismas extirpados en el hospital de Clínicas de 1890 á 1896; 4 de estos casos han sido publicados ya anteriormente en esta misma revista. La obra tiene dos fototipias de aneurismas extirpados y conservados en el Museo anátomo-patológico y un esquema para explicar mejor la circulación colateral en el miembro inferior.

3—ARAVENA LUCIO O.—*Cuatro casos de afección de la cola de caballo.*—63 páginas.

A. da las historias detalladas de 4 casos observados en el hospital San Roque. El primer caso fué de origen tuberculoso, como se comprobó por la autopsia (muerte por meningitis tuberculosa.) El segundo caso, también tuberculoso, mejora considerablemente.

El tercer caso es producido por una herida de bala; operado según el método de *Robert Dawbarn*, se obtiene una mejoría franca. Se encontró un proyectil de revólver de 9 mm., que no ha sufrido ninguna deformación y que se halla alojado debajo de la dura madre al nivel de las primeras vértebras lumbares.

En el cuarto caso, producido por una caída de un coche, la operación hecha según el mismo método demostró que había fractura de las láminas de la duodécima vértebra dorsal y de las primeras lumbares, cuyos fragmentos, convergiendo hacia el canal, comprimían la médula. Se obtuvo también una mejoría marcada.

Basado en estos cuatro casos y en el estudio de la anatomía de la cola de caballo, hace A. una exposición de la etiología sintomatología, pronóstico y tratamiento de esta clase de afecciones. A. opina que si la enfermedad avanza se debe intervenir quirúrgicamente, siempre que el estado general lo permita.

4—Ballestero Blaye E.—*Cura radical de la hernia inguinal.*—67 páginas.

B. estudia primero la anatomía de la región inguinal, en seguida el saco herniario y sus relaciones; después discute los métodos operatorios, y da una exposición detallada del método de Aguilar, el que llena las dos condiciones que deben exigirse de toda operación de hernia: extirpación completa del saco, comprendido el infundibulum, y formación de una pared tan resistente como sea posible.

Siete láminas coloreadas facilitan el estudio del método del doctor Aguilar. El final del trabajo lo constituyen cuatro observaciones.

5—Bárcena Leopoldo —*De los cáusticos en la neumonía.*—60 páginas.

El trabajo consta de dos partes: en la primera demuestra B. que la neumonía es una infección general, en la segunda estudia las ventajas é inconvenientes, reproduciendo las opiniones de los sostenedores y adversarios más autorizados.

7—Blanco Villalta Jorge.—*Identificación.*—126 páginas.

Después de dar los artículos de los códigos civil y criminal referentes á este punto, el autor estudia la identidad durante la vida insistiendo especialmente en el examen del cabello, el tatuaje y en los estigmas profesionales. Debido á la vida irregular de los artesanos y á la falta de gremios bien establecidos entre nosotros, los estigmas profesionales no tienen en la República Argentina una importancia tan grande como en Europa.

En la segunda parte, identificación en el cadáver, B. V. insiste sobre todo en el examen del esqueleto, de la osificación y de la dentadura.

Concluye el trabajo con una descripción de la oficina antropométrica de la policía de Buenos Aires, en la que el autor ha prestado servicios durante años y donde ha tenido ocasión de recoger las observaciones personales que cita en diversos puntos de su trabajo.

8—Borda José F.—*Algunas consideraciones sobre el pronóstico de la alienación mental.*—46 páginas.

Apoyado en la estadística del Hospicio de las Mercedes de 1892 á 1896, B. estudia el pronóstico en las diferentes formas de alienación mental. De 2350 alienados, 556 han salido curados, 451 mejorados, 88 fugados y 618 muertos. Esto da un 23 por ciento de curaciones; en realidad, el número de curados debe ser mayor desde que es lógico pensar que entre los mejorados y fugados debe haber muchos cuya curación definitiva se haya producido. Haciendo la estadística por años se ve que el tanto por ciento de curaciones oscila mucho (1892: 17 %, 1894: 33 %). En los cinco años entraron 368 *maníacos*, de los que curaron 112, mejoraron 76, fugaron 15, murieron 104. En el mismo lapso de tiempo entraron 300 *melancólicos*, de los que curaron 55, mejoraron 66, fugaron 10 y murieron 59.

Aprovechando estos datos estadísticos y comparándolos con los europeos, B. estudia el pronóstico según las formas, causas, marcha y duración. Las observaciones hechas en el hospicio confirman lo que dicen los autores sobre el mayor número de curaciones en verano.

9—Brenan Patricio C.—*Consideraciones prácticas sobre el tratamiento del cólera.*—62 páginas.

Basado en sus observaciones personales, recomienda B. el uso del calomel y la dermoclisis. Contra los calambres recomienda el uso de baños calientes sinapisados. Al final da tres historias detalladas de casos de cólera asiático tomadas en la casa de Aislamiento.

Dedicada á la virgen de Luján.

10—Burr Eduardo.—*Pseudo-reumatismo poli-articular infeccioso de origen blenorrágico.*—58 páginas.

B. se propone sostener la especificidad sintomática, la in-

dependencia clínica del pseudo-reumatismo blenorrágico, hacer resaltar la sintomatología diferencial que esa afección presenta con la del reumatismo verdadero.

Basado en cuatro casos, cuyas historias detalladas se hallan al fin del trabajo, hace B. un estudio crítico de la sintomatología, diagnóstico y tratamiento. B. no cree como Laségue que los dolores sean periarticulares; sus observaciones demuestran claramente que entra también y en mucho el dolor intraarticular. Le llama la atención que en sus enfermos el grado de la tumefacción estaba en relación inversa del dolor.

Para establecer el diagnóstico deben tomarse en cuenta la falta de antecedentes reumáticos, la marcha de la temperatura, la ausencia de los sudores copiosos y de la angina inicial, la preferencia por ciertas serosas (articulación externo-clavicular, vainas tendinosas y bolsas serosas periarticulares) y la inutilidad del tratamiento salicílico.

Para el tratamiento debe emplearse la revulsión, inmovilización, la compresión, el masaje y la punción aspiradora, que ha dado muy buenos resultados.

6—Bejarano Estanislao G.—*Cloralosa.*—58 páginas.

B. opina que la cloralosa merece más atención de la que se le dispensa hoy día. Sus experiencias en perros y sus observaciones en alienados le inducen á considerarla como un hipnótico de benéficos resultados y desprovisto de inconvenientes siempre que se maneje con el cuidado necesario.

La administra en dosis de 0,20 á 0,80 gramos. El sueño obtenido es tranquilo; el aumento de la secreción sudoral señalado por los autores sólo lo ha constatado una vez y en grado poco marcado. Nunca ha visto los efectos desagradables señalados por Bardet (temblores, signos de asfixia, convulsiones, incontinencia de materias fecales y orina.).

7—Caballero Manuel M.—*Breves consideraciones sobre el ciclismo.*—62 páginas.

C. estudia la influencia del ciclismo sobre las diferentes funciones para deducir de ahí sus indicaciones y contraindicaciones. El ejercicio ciclista está indicado en la obesidad, en casos de poco desarrollo de los órganos de la locomoción y de la respiración, en la dispepsia y constipación, en la neurastenia, en la corea, en ciertas afecciones cardíacas

(pero con mucho cuidado) y en las localizaciones cervicales de la tuberculosis ganglionar. Está contraindicado en la sífilis, en la mayor parte de los casos de tuberculosis, en la arterio-esclerosis, en las hernias, y en las lesiones uretrales, prostáticas y vesicales.

Los soldados destinados al cuerpo de ciclistas entre nosotros deberían sufrir un examen médico especial previo.

8—Castro Escalada Pedro. — *Neumotomías y neumectomías.* — 164 páginas.

Después de estudiar y discutir los diversos métodos para abrir la caja torácica, da el autor los resultados á que ha llegado experimentando en ocho perros y teniendo en cuenta lo observado por Posada en sus operaciones de pulmón: El desprendimiento pleural (pleuras adheridas) es sumamente difícil ó imposible en el perro; es fácil en el hombre, pero se debe empezar sobre el borde costal; la palpación transpleural sólo es útil en focos muy periféricos.

En caso de pleuras no adheridas, el desprendimiento es fácil en una extensión limitada, pero exige cuidado; el neumotórax, la retracción pulmonar y los demás síntomas dependen de la incisión pleural, se produce con pequeñas incisiones, su cuadro sintomatológico debe tenerse en cuenta. Hay medios de lucha en el neumotórax quirúrgico. El pulmón se deja dilatar y traccionar fácilmente; la transparencia de las hojas pleurales permite ver sus movimientos. El pulmón hace hernia en los casos que se emplea la morfina en inyección subcutánea y con los golpes de tos.

El proceder operatorio que debe preferirse para las operaciones de pulmón es el colgajo torácico limitado, la incisión pleural progresiva, la neumopexia rápida y la anestesia vigilada.

Las neumotomías en los casos de bronquectasia ó de caverna tuberculosa no están aún perfectamente justificadas. En los quistes hidáticos los resultados son excelentes.

Concluye el trabajo con cuatro observaciones de quistes hidáticos del pulmón operados por Posada.

9—Cervera Joaquín.—*Alimentación de la primera infancia, lactación materna y artificial.*— 80 páginas.

La alimentación artificial nunca puede reemplazar comple-

tamente la materna; la artificial debe emplear de preferencia la leche de vaca. El método de Heubner-Hoffmann es el mejor. Terminan el trabajo dos observaciones.

10—Cerruti Santiago.—*Hepatosyphilosis*.—62 páginas.

La ictericia del período secundario es debida probablemente á varios factores (retención y dishepatía).

El autor se detiene, sobre todo, en el estudio de la cirrosis sifilítica. Esta es, á la vez, interlobular y multilobular. La vía que sigue la infección es la arterial como lo indican las endo y periarteritis de las arteriolas. Esto explica también por qué en el hígado sifilítico las lesiones son regionales, sembradas de trecho en trecho, mientras que en las cirrosis alcohólicas las lesiones son regulares y uniformes en todo el hígado.

Mientras que en la cirrosis alcohólica la célula hepática sufre, sobre todo, por la acción degenerativa especial del agente tóxico, en la cirrosis sifilítica la célula conserva, durante largo tiempo, su vitalidad y puede recuperar, á menudo, con un tratamiento apropiado, su funcionamiento regular. Así se explica por qué, á menudo, en la cirrosis sifilítica, faltan la ascitis y la ictericia.

El autor trae cuatro observaciones de sífilis hepática y demuestra con dos láminas la diferencia en el aspecto macroscópico de la cirrosis alcohólica y sifilítica.

11—Cerruti Tomás.—*Infecciones agudas y degeneraciones parenquimatosas*.—60 páginas.

El autor trata de demostrar que, durante la evolución de las enfermedades agudas, los microorganismos hacen acto de presencia en los órganos parenquimatosos, produciendo principalmente degeneraciones y necrosis de las células por intermedio de sus toxinas y que esos progresos regresivos dependen, en sus variedades, de la especificidad del agente patógeno que en unos casos producirá degeneraciones aisladas y en otras varias á la vez.

Se apoya C. en el examen microscópico de hígado y riñón de un caso de fiebre amarilla y un caso de viruela en que pudo obtener las piezas pocas horas después de la muerte. Además, ha estudiado microscópicamente la influencia de la toxina tifoidea en tres conejos, de la tuberculina en un conejo y de la toxina diftérica en seis conejos.

No es posible dar aquí un resumen de las pacientes observaciones que deben ser consultadas en el original.

12—Chiocconi Atilio E.—*Rotura del útero durante el parto.* —58 páginas.

Estudio de la etiología, sintomatología y tratamiento de la rotura del útero, seguido de dos observaciones.

En el primer caso se trata de una mujer con desgarradura vesico-vaginal por un parto anterior que entró 24 horas después de los primeros dolores. Embarazo á término. Contracción tetánica del útero por cornezuelo, administrado fuera del servicio. Muerto el feto poco tiempo después de la entrada al servicio, se constató una ruptura de unos 15 centímetros en la pared anterior del útero. Laparotomía. Extracción del feto. Operación de Porro. Muerte á las 36 horas.

En el segundo caso se trata de una mujer que entra 4 días después de los primeros dolores y con un estado general pésimo. No se pudo diagnosticar la causa de la retención del feto ya muerto sino después de haberlo extraído con el cefalotrivo Tarnier.

Se encontró entonces una ruptura de 15 centímetros en la pared posterior del útero. Muerte 9 horas más tarde.

13—Corbellini Enrique J.—*La tiroidectomía en el bocio exoftálmico.*—74 páginas.

Después de algunas consideraciones sobre la fisiología del cuerpo tiroides y el tratamiento tiróideo del mixedema, del raquitismo y de la obesidad, examina el autor los llamados inconvenientes de la medicación tiróidea, observando que en el cuadro de la intoxicación por ingestión tiróidea se observan muchos de los síntomas del bocio exoftálmico. Al atribuir al bocio exoftálmico un origen nervioso, se ha tomado, según C., el efecto por la causa. La teoría nerviosa, que rechaza C., gana en estos últimos tiempos muchos partidarios; «en el momento en que escribimos estas líneas la avalancha se viene con un poder irresistible.....y dentro de poco tiempo la teoría simpática imperará universalmente si no se cruzan en su camino observaciones que pongan en jaque su poder dominador.» Los casos observados por C. merecen ser tomados en cuenta bajo este punto de vista.

La teoría simpática y la teoría tiróidea son casi las únicas que se discuten en la actualidad. La teoría simpática ha sido formulada por Abadie de la manera siguiente: se trata de una excitación del simpático cervical ó de sus núcleos de origen; el temblor, los sudores, el malestar general y la dia-

rrea serían debidos á una superactividad de la glándula tiroides consecutiva á su hipertrofia, debida, á su vez, á la acción del gran simpático.

A esto contesta C.: 1º Si la hipertrofia de la glándula tiroides es debida á una acción vaso-dilatadora del simpático, el bocio, en la enfermedad de Basedow, debiera ser vascular. ¿Cómo explicar el sindroma de Basedow en los casos de bocio parenquimatoso y quístico? 2º La exoftalmia sería debida, según A., á la dilatación de los vasos retrobulbares; pero ¿no es precisamente cuando los vasomotores del simpático son completamente aniquilados, es decir, cuando se secciona el cordón cervical, que se ve producirse la retracción del globo? 3º Nadie ha demostrado que la taquicardia se produzca por la sola excitación de las fibras vaso-dilatadoras del simpático cervical.

C. llega á la siguiente conclusión: Hay una enfermedad que impropiamente se llama bocio exoftálmico, que tiene algunas relaciones con la histeria y con el herpetismo, enfermedad en cuya producción parecen tener alguna influencia el factor hereditario, las funciones genésicas y las sacudidas morales, y que depende, probablemente, de un desequilibrio del sistema nervioso provocado por el exceso de substancia nutritiva que le es enviada por la glándula tiroides.

Observación 1ª 33 años, hijo de padre alcoholista y madre histérica. Palpitaciones de diez años atrás y coto desde ocho. Muy nervioso, delgado, anémico, suda mucho, temblor constante de la cabeza, del tronco y de las extremidades. Corazón aumentado de volumen, soplo no siempre perceptible en el primer tiempo de los focos mitral y pulmonar, 120 pulsaciones. Thrill carotídeo. Sin alteraciones digestivas. Exoftalmia. —Tiroidectomía parcial. Un año después no hay más exoftalmia, ni temblores, ni taquicardia, sudores, etc. El estado psíquico del enfermo ha mejorado mucho.

Observación 2ª Mujer de 18 años, de antecedentes histéricos. Ligero exorbitismo, bocio que comprime tráquea y laringe. Temblor generalizado. 110 á 120 pulsaciones.—Tiroidectomía parcial. Un año más tarde: 105 pulsaciones. Reproducción del bocio. No hay exoftalmia; persiste ligero temblor, muy ligera sensación de calor, palpitaciones á largos intervalos, perturbaciones de carácter y de la menstruación.

Observación 3ª Mujer de 32 años, en el tercer mes de su

octavo embarazo. 100 á 110 pulsaciones, sensación de calor, temblores, sin exoftalmia; frecuentes deposiciones diarréicas; bocio. Tiroidectomía parcial. 6 meses más tarde: no hay temblor ni palpitaciones; pulso 58, la sensación de calor continúa, pero menos intensa.

REVISTA DE LA PRENSA

HERRINGHAM.— *Taquicardia paroxística.*— (Edimburg Med. Journal, Abril 97.)

La primera mención que se halla de esta singular enfermedad es el caso de *Payne Cotton* en 1867 que provocó la publicación de varios otros, tales como los de *Thomas*, *Walson*, *Bowles* y otros autores ingleses. En 1878 *Enchzek* es el primero en adoptar la teoría de la parálisis del neumogástrico. *Gerhardt* en 1881 emplea por primera vez el término *taquicardia* y *Bouveret*, en 1889 completa el título añadiéndole el epíteto de *paroxístico*. Desde entonces se ha publicado un gran número de casos y existen sobre este punto las monografías de *Payne Cotton* (1869) de *Proebsting* (1882) de *Bristowe* (1888) y de *Bouveret* (1889).

H. observó el año pasado en su clientela un caso de esta enfermedad en una niña de 11 años, que presentaba los síntomas habituales. Los paroxismos se producían por causas banales, en épocas de perfecta salud; comenzaban repentinamente, duraban un número variable de días y cesaban en la noche.

Bouveret cree que no se deben admitir bajo este nombre sino los accesos paroxísticos que sobrevienen en un corazón indemne de lesiones valvulares, y añade á los dos términos *taquicardia paroxística* el adjetivo *esencial*. H. cree que no hay razón para limitar así esquemáticamente un territorio patológico porque á menudo, en estos casos, cuando no hay lesiones valvulares, hay lesiones esclerosas de miocardítis ó afecciones del pericardio.

Sobre 53 casos reunidos por H. había 30 hombres y 23 mujeres. Nueve enfermos tenían antecedentes reumáticos.

La taquicardia puede producirse en ambos sexos y en cualquiera edad. Un ejercicio violento ó un golpe suele ser la

causa del acceso; pero puede también resultar de una indigestión. Las lesiones valvulares, el reumatismo y la sífilis son antecedentes ocasionales y existen dos casos en los que al parecer debe incriminarse la herencia.

En la autopsia se ha encontrado en dos casos esclerosis del ventrículo izquierdo, en un caso degeneración grasosa del miocardio y en tres casos dilatación simple. Estos datos ayudan poco á la clínica.

La teoría etiológica más aceptada es la de la parálisis del neumogástrico.

Otra teoría admite la excitación del simpático y *Nothnagel* da actualmente reglas para diferenciar una forma de otra, lo que, según H., es llevar la ironía un poco lejos.

Teniendo en cuenta la brusquedad de su comienzo y de su cesación, se considera generalmente la enfermedad como de origen nervioso.

El pulso puede pasar rápidamente de 100 á 200, lo que no puede ser debido á una afección del miocardio. Aunque se sabe que la afección es de origen nervioso y que en los animales la sección del neumogástrico causa una taquicardia mucho más considerable que cualquiera excitación del simpático, se puede decir que la naturaleza y el sitio de la lesión son todavía completamente desconocidas. *Debove* cree en una neurosis bulbo-espinal y *Talamon* la cree de naturaleza epiléptica, pero ninguna de estas opiniones ha recibido todavía la sanción anatomo-patológica.

Se conocen varios casos en los cuales el neumogástrico, comprimido por un tumor, ha dado lugar á taquicardia, pero ella no fué jamás paroxística. El neumogástrico examinado dos veces en su núcleo y en su tronco ha sido encontrado sano. La lesión debe hallarse en las terminaciones nerviosas, en las fibras musculares cardíacas.

Esta localización de la lesión en el corazón mismo es reforzada por este otro argumento: que la causa excitante de las crisis es generalmente un esfuerzo repentino ó violento que podría ser muy bien la causa de una dilatación repentina del corazón, la que á su vez podría obrar sobre las terminaciones nerviosas del corazón. *Samuel West* es probablemente el único autor que busca las lesiones en el miocardio mismo.

Otro hecho curioso merece ser tomado en consideración:

uno de los enfermos de *Bristowe* podía detener sus crisis colocando una almohada debajo su región lumbar; un enfermo de *Eccle* flexionando su rodilla derecha sobre el abdomen. *Rosenfeld* encontró por casualidad que la compresión del tórax tenía el mismo efecto y *Nothnagel* observó que el acceso podía ser cortado por una inspiración profunda.

En uno ó dos casos la compresión del neumogástrico en el cuello detuvo las crisis. Esto prueba solamente que el corazón en estado de crisis puede reaccionar á este estímulo, pero no prueba de ningún modo que el nervio mismo esté enfermo ó paralizado.

H. cree también dudoso que el punto de partida de las crisis sea siempre un reflejo.

El tratamiento generalmente adoptado es el de la digital, pero resulta á veces infiel. La morfina da buen resultado *Olliver* recomienda la belladonna. H. confiesa que no tiene gran confianza en la acción de medicamentos durante la crisis, pero cree, sin embargo, que debe darse la digital en pequeñas dosis. La compresión del neumogástrico y la del tórax puede tentarse durante el acceso. Es preciso vigilar el régimen alimenticio y evitar el cansancio; no se debe abusar del tabaco, te y alcohol.

Si las crisis cesaran por compresión del neumogástrico se podrían sacar buenos efectos de ella practicándola sistemáticamente. *Rensen* consiguió curar un caso por este procedimiento.

El pronóstico en una persona robusta y sana puede parecer favorable. Es esto un error: la afección tiende siempre á agravarse y á producir la muerte. No evoluciona rápidamente, porque niños atacados de esta enfermedad han pasado los 50 años, pero esto es la excepción; pasados los treinta años, el enfermo está muy expuesto á la muerte, que es rara antes de esta edad. Se comprende que cuando hay una lesión cardíaca coexistente el pronóstico es todavía peor.

H. Kohn.—*Examen bacteriológico de la sangre en las enfermedades infecciosas, particularmente en la neumonía.*—(Deutsche med. Wochenschrift Nº 9.)

Los exámenes bacteriológicos de la sangre hechos hasta el dia han permitido constatar que los microbios invaden la sangre en la septicemia generalizada, en la pioemia y en otras enfermedades infecciosas generalizadas. En las enfermedades infecciosas de localización limitada, tales como la peritonitis, la neumonía, la fiebre tifoidea, el examen bacteriológico ha dado á veces un resultado positivo.

Lo que faltaba hasta el presente era un examen metódico de la sangre en todas las enfermedades infecciosas. Es este examen metódico el que K. ha emprendido y cuyos resultados refiere en grandes líneas.

Se sobrentiende que en la septicemia generalizada el examen de la sangre era siempre positivo y los bacterios se hallaban en abundancia. Así, en un caso ha hallado más de 200 bacterios por cm. 3 (estreptococos y algunos estafilococos). En el mismo individuo, en la sangre extraída del corazón 15 minutos después de la muerte, halló mil bacterios por cm. 3. En un caso de endocarditis ulcerosa aguda halló la misma abundancia de bacterios, pero predominaban los estafilococos.

En 3 casos de endocarditis ulcerosa crónica terminados por muerte el examen bacteriológico fué positivo una sola vez (estafilococos).

En un caso de erisipela, 1 caso de flemón, 1 caso de ictero-infeccioso, 1 caso de hemoglobinuria paroxística: resultado negativo. En la fiebre tifoidea halló en tres casos bastoncitos, pero fué imposible determinar si se trataba de bacilos de Eberth.

En un caso de leucemia y de seudo-leucemia, resultado negativo. En 2 casos de piemia, estreptococos en pequeño número; en dos casos de reumatismo articular agudo, resultado negativo.

En fin, en 32 casos de neumonía el resultado ha sido el siguiente: en 18 enfermos que han salvado todos, negativo; en 7 más que han muerto, resultado positivo; en dos casos, resultado positivo y curación de los enfermos pero después de complicaciones muy graves debidas á localizaciones diferentes del neumococo: pleuresias, abscesos, etc.; en tres casos resultado negativo y muerte de los enfermos; en fin, en los dos últimos casos, el resultado era negativo, los enfermos han muerto, pero por pleuresia estafilocóccica y después de haber curado de su neumonía.

En los tres casos negativos mortales se trata en uno de un anciano muerto súbitamente por una afección cardíaca, en el 2º caso no se hallaron en el pulmón neumococos sino bacilos que se asemejaban mucho á los de la influenza; sólo el 3º caso mortal era realmente negativo.

Basta echar una ojeada sobre esta estadística para ver que en las neumonias que han terminado por muerte el examen bacteriológico de la sangre era positivo, mientras que en los casos que han terminado por curación este examen daba siempre (excepto un caso) resultado negativo. En los casos positivos el número de neumococos era de 2 á 200 por cm. 3.

Así, pues, la presencia de neumococos en la sangre de un neumónico es de pronóstico grave, casi siempre mortal. Se trata en estos casos de un verdadero proceso septicémico generalizado de neumococos.

Si se trata de una septicemia generalizada neumocóccica, el tratamiento debe hacerse en consecuencia, y consistir, como en las septicemias, en diuréticos y diaforéticos, á fin de eliminar lo más rápidamente posible del organismo los microorganismos y sus productos de secreción.

Deucher.—*Absorción de la grasa por lavativas.* (Deutsches Archiv. f. klin. Medizin. tomo VIII 1897).

Las condiciones de absorción de materias albuminosas, introducidas por vía rectal, están hoy día bien dilucidadas, debido á los trabajos de *Voit, Eichorst, Ewald*, etc. Al contrario, la absorción de materias grasas no ha suscitado sino pocos trabajos de conclusiones contradictorias.

D. ha estudiado de nuevo la cuestión rodeándose de las mayores precauciones experimentales y parece haber conseguido evitar las causas de error á las que no han escapado sus antecesores: sus sugetos de experiencia eran individuos adultos, exentos de toda afección del tubo digestivo; la materia grasa elegida para la administración rectal fué el aceite de oliva purificado. Pasamos por encima los detalles de las experiencias que fueron muy complicadas por tener que tomar en cuenta la alimentación por vía bucal y damos solamente las conclusiones á que ha llegado el autor.

La absorción de la grasa por la mucosa rectal no se efectúa sino dentro de límites muy estrechos: sólo 10 á 20 gramos pueden ser absorbidos, y esto solamente cuando las condiciones son muy favorables. Las reglas á seguir para obtener el resultado máximo son las siguientes: emplear una materia

grasa capaz de ser finamente emulsionada, introducirla en el intestino grueso previamente evacuado, después de haberla calentado á 38 ó 40 º; añadir á la emulsión sal marina en la proporción de 6 por mil; hacer retener la lavativa el mayor tiempo posible y sobre todo emplear dosis débiles, puesto que las dosis fuertes son, no solamente inútiles, sino también desfavorables para el trabajo de absorción.

NOTICIAS

Asociación médica de protección mutua.—Con fecha 29 del mes próximo pasado quedó definitivamente constituída la Asociación con cuyo nombre encabezamos estas líneas.

En una asamblea que con esa fecha se celebró en el local de la Asistencia Pública aprobóse el Reglamento de la misma sociedad y se nombró la siguiente Comisión Directiva provisional:

Presidente.....	Dr. Domingo Cabred
Vicepresidente.....	Dr. E. Borghini
Tesorero.....	Dr. G. Aráoz Alfaro

El nombramiento de la Comisión Directiva, en carácter definitivo, tendrá lugar en una nueva asamblea que, con tal objeto, debe celebrarse el 31 del corriente, y mientras aquélla quede constituída, los señores socios que deseen abonar sus cuotas del mes de Enero deberán dirigirse al Tesorero provisorio, Dr. Gregorio Aráoz Alfaro.

La lectura del Reglamento que á continuación publicamos demuestra los grandes beneficios que está llamada á prestar esa sociedad, la cual no solamente tiene por objeto cooperar al bienestar de las familias de colegas fallecidos, sino también á éstos, cuando se hallaren inhabilitados para el trabajo.

El número de adherentes es ya considerable, y es de esperar que, en breve, la mayoría de los médicos que ejercen en nuestro país formará parte de la benéfica Asociación.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Enero 31 de 1898 N°. 2

CONSIDERACIONES SOBRE LA SINTOMATOLOGÍA GÁSTRICA

Por el Dr. **L. Inurrigarro**

(Véase *Anales* del 31 de Agosto de 1897)

Hay muchos métodos para analizar el jugo gástrico; pero el que hasta hoy día reune más datos ilustrativos, al par de ser el más exacto, es, á no dudarlo, el de mi sabio maestro Dr. G. Hayem, y aún así mismo hay necesidad de complementarlo.

Yo observo este plan. Doy una comida de prueba de Ewald, que consiste en 250 gramos de te y 60 gramos de pan (hay que tener la precaución de hacerlo con te y pan que uno conozca). En el momento en que se empieza á tomarlo se hace constar con exactitud la hora, y á la hora en punto se extrae con una sonda el contenido del estómago.

Se anota: 1° Si sale ó no con facilidad, para poderse dar cuenta del estado de la fibra muscular.

2° *La cantidad*: la abundancia ó la disminución de la cantidad de la secreción depende de la clase de gastritis, así como del período en que se encuentra.

3° *El olor*: si es ácido ó nó, y cuál olor predomina para ver si hay fermentaciones anormales.

4° *Si se halla ó nó emulsionado* para ver cómo está la motilidad.

5° *Si filtra despacio ó ligero*, y si hay ó nó mucosidades, mucho pan, saliva, etc.

6° *Cantidad del líquido filtrado* para sacar en deducción el peso de las substancias que queden en el filtro.

7° El quimismo completo de Hayem.

A = Acidez total. H. = Acido clorhídrico libre. C. = Acido clorhídrico combinado á las materias orgánicas. H+C = Clorhidria, ó sea el acto reaccional de la digestión. T = cloro total. F = cloro mineral fijo.

$\frac{T}{F}$ coeficiente de peptonización; $\frac{A-H}{C}$ coeficiente digestivo.

8° Después ver en qué período de la digestión se encuentran los albuminóideos; si hay sintonina, propeptona, peptona y albúmina.

9° Buscar también en qué período de la digestión se encuentran los almidones; si hay almidón granulado, acrodextrina, eritrodextrina ó azúcar.

10. Si hay ó nó ácidos de fermentación normales ó anormales: ácido láctico, acético, butírico, propílico ó valérico.

11. Ver si hay los fermentos pepsinógeno, pepsina, lab ó labzimógeno.

12. Bilis, sangre, mucus.

13. Examen del residuo, macroscópicamente.

14. Por fin: examen al microscopio para ver si hay microorganismos y algún resto de mucosa gástrica.

Con todo esto se puede uno dar cuenta exacta de cómo se encuentra la digestión y del estado de la secreción,

así como de qué clase de gastritis se trata, si hay ó nó fermentaciones anormales, bilis, sangre, qué es lo que puede digerir, en qué período de la digestión se encuentra y qué clase de dispepsia tiene el enfermo.

—

Pasemos ahora á otros puntos.

Penzoldt y Faber se ocuparon un tiempo *en medir el grado de absorción de las paredes del estómago,* y ha estado en boga, sobre todo en Alemania, el método de ellos. Hoy día ha caído completamente abandonado tanto en Alemania como en el extranjero.

Un momento antes de la comida le daban al paciente una cápsula de gelatina conteniendo 0.20 de ioduro de potasio, químicamente puro, teniendo la precaución de que la parte externa de la cápsula estuviese bien limpia y que no hubiese señales de ioduro. Cada dos ó tres minutos buscaban en la saliva la presencia del iodo por medio del papel almidonado, ligeramente impregnado en ácido nítrico fumante. La presencia del iodo al estado normal se manifestaba de los 7 á los 15 minutos, si el ioduro lo había ingerido en ayunas, y de los 40 ó 45 minutos si lo había tomado con la comida. Este retardo lo atribuyen los Dres. Penzoldt y Faber á que primero el ioduro se disolvía en la masa alimenticia y después recién se empezaba á eliminar. Al estado patalógico aparecía á los 60, 80, 100 y 120 minutos. Según Zweifel, en la dilatación del estómago y en el cáncer ha observado que la reacción del iodo aparece á la hora y media aproximadamente, y concluye diciendo que si la reacción se manifiesta después de los 20 minutos hay lugar á pensar en una dilatación ó una estrechez del píloro.

Estos datos son falsos, porque no siempre el poder de absorción está en relación con la alteración que sufre el estómago. Puede muy bien encontrarse estómagos dilatados con alteraciones más ó menos acentuadas, y sin embargo el poder de absorción variar notablemente.

Y todavía se puede notar con frecuencia ser normal el poder de absorción para las sales difusibles como el ioduro de potasio y haber, no obstante, diferencias para las otras substancias que ingieran.

—

Es de real utilidad saber cuándo el estómago ha evacuado un contenido, para, según eso, indicar á los enfermos cuáles son las horas á que deben desayunarse, almorzar y comer.

El tiempo que quedan en el estómago las substancias ingeridas varía con las distintas clases de afecciones y también con la naturaleza de los alimentos.

Es indispensable á todo enfermo gástrico tener evacuado y descansado su estómago en el momento de comer. Así evita que interrumpan sus digestiones, y se produzca la interrupción de una digestión casi hecha para empezar con la siguiente.

Se sabe que el estómago, como todo órgano, necesita para su buen funcionamiento de reposo, y esto no es posible si se producen entradas de alimentos antes de concluída una digestión. Es esta una causa frecuente de las dilataciones del estómago, y del empeoramiento de los enfermos.

Para precisar la motilidad del estómago hay varios métodos, todos ellos deficientes, porque ninguno se puede aplicar á todos los casos.

Proceder de Ewald y Sievers.—Empleaban el salol y se fundan en las propiedades tan conocidas de que queda sin desdoblarse en el estómago, porque los ácidos del jugo gástrico se lo impiden. Recién cuando se halla en el duodeno, que es alcalino, se desdobla en ácido fénico y salicílico. Este último se elimina por la orina bajo la forma de ácido salicylúrico ó urato de salicyle, el cual se reconoce echándole unas gotas de percloruro de hierro, líquido que da una coloración de violeta.

Al fin de la comida toma el paciente un gramo de salol en un cachet para evitar la acción de la saliva; debe de tragarlo sin mascar y ayudado con un poco de agua. Al estado normal aparece el ácido salicylúrico en la orina de los 60 á los 70 minutos, y según se retarde ó acelere su aparición, juzgaban Ewald y Sievers menor ó mayor la motilidad gástrica.

Proceder de Huber.—Este no se preocupa del momento de la aparición en la orina del ácido salicylúrico, sino de la duración de la eliminación. En estado normal es de las 20 á las 27 horas que cesa de presentarse en

la orina el ácido salicylúrico. En estado patológico puede prolongarse su presencia, y del momento en que concluye de dar la reacción deduce el estado de la motilidad gástrica.

Pol y Decker han demostrado que el desdoblamiento del salol no depende tanto del momento en que sale del estómago sino del estado del intestino, y han notado que las diarreas retardan considerablemente el desdoblamiento.

Por otra parte, puede momentáneamente estar alcalino el contenido gástrico, y ser esto una causa de error. También se observa que los hiperclorhídricos evacuan su contenido ácido y hasta tienen diarreas ácidas, lo que sería otra causa de error.

De manera, pues, que la presencia en las orinas del ácido salicylúrico no nos puede dar el grado exacto de la motilidad gástrica.

Proceder de Klemperer.—Previo lavaje del estómago, se introduce 100 gramos de aceite de oliva y al cabo de dos horas extrae el aceite que queda por medio de la sonda; lava el estómago con agua y reune el todo en una probeta graduada para saber la retención de aceite que hay en ese momento en la cavidad gástrica. Al estado normal ha pasado al intestino de 70 á 80 gramos.

Este proceder tiene varios defectos. En primer lugar, hay que lavar el estómago; en segundo lugar, el paciente tiene que tomar 100 gramos de aceite, y esto sólo haría desistir á muchísimos de la prueba. En tercer término, nuevo lavaje. Y, por fin, hay muchos dilatados á los que es imposible vaciar bien su estómago por la sonda y aun por la aspiración.

Proceder de Leube.—En ayunas toma el paciente un plato de sopas, un beefsteak, un pancito y un vaso de agua.

A las seis horas se le lava el estómago y se nota los restos de alimentos tanto la cantidad como la calidad que el lavaje ha arrastrado.

Esta comida, como se comprende, no es para todos. Hay muchísimos enfermos que si hicieran esta comida la vomitarían poco después; otros no la podrían tomar toda y, fuera de esto, no es aplicable á todos los sanos, aun á aquellos que no la vomitarían.

Proceder de Roncagliolo.—Lava primero el estómago y después con la sonda introduce 200 á 250 gramos de agua y de 20 á 30 gramos de almidón. Deja pasar algún tiempo é introduce varias veces la sonda hasta que no dé el iodo la reacción del almidón, y entonces anotan ellos el tiempo transcurrido.

Adolece del mismo defecto que el método anterior: introducción repetida de la sonda.

Basado en estos procederes, Gosse ha hecho una lista ó clasificación de alimentos según sean más ó menos fáciles de digerir.

Como es sabido, Gosse tenía la notable facilidad de vomitar cuando él quería, y así pudo establecer una clasificación de alimentos usuales bajo el punto de vista de la digestibilidad.

En la primera categoría los que están casi digeridos al cabo de una ó una y media hora. En la segunda los que tardan de 4 á 6 horas. En la tercera los alimentos que llama indigestos y salen del estómago sin ser digeridos.

Escala de Beaumont.—Está basada sobre la observación de aquel célebre canadiense que tenía una fístula gástrica, y después de una serie de experiencias llegó á sacar en deducción que tales ó cuales alimentos son más fáciles para digerir.

Proceder de Leube.—Hace ingerir alimentos y después introduce una sonda al estómago, nota el tiempo que ha tardado en evacuar el estómago, y así hizo también una clasificación alimenticia.

—

Todos estos métodos para averiguar el grado de motilidad del estómago, así como la serie de clasificaciones alimenticias, tienen que caer en desuso porque no son prácticas, carecen de una base científica y los rechazan los mismos enfermos.

Las clasificaciones alimenticias que acabo de enumerar adolecen de graves defectos. Ante todo, lo primero que hay que hacer es conocer bien el sugeto; este debe de reunir como condición indispensable en motilidad, absorción y secreción gástrica normales, cosa que no se han preocupado en estudiarla bien, y aun si la hubieran

tenido en cuenta, es casi seguro que los datos serían falsos porque en esa época esos señores no conocían bien los métodos para llegar á deducir semejante estado.

Si prescindimos de ésta, vemos que las clasificaciones alimenticias no resistían á una crítica, porque puede variar un mismo alimento su grado de digestibilidad según sea cocido, asado, guisado ó crudo, y según sea ó nó condimentado.

La verdadera clasificación sería aquella en que estuviera basada: en saber el acto reaccional que cada alimento produce en el estómago, primero solo y después asociado á otros, y estudiar así una serie de alimentos, no olvidando en este estudio cuánto tiempo quedan en el estómago, y por fin viendo en qué estado llegan al intestino. No se debe buscar el que salgan los alimentos en tal ó cual tiempo del estómago, sino que sufran su digestión lo más aproximadamente posible á lo perfecto, y esto, como se comprende, depende en gran parte de la secreción y motilidad unidas.

Una vez que conociéramos bien el estado normal, podríamos entonces estudiar con método los alimentos en las distintas afecciones. Eso sería lo verdaderamente práctico y útil.

Hoy por hoy son de discutible ventaja los beneficios que nos reportan.

Como se ve, el criterio de las escalas alimenticias no sirve.

Tampoco son útiles los métodos para saber el grado de motilidad por los defectos antes enunciados, y porque aunque se tuviesen datos exactos no podríamos sacar en deducción que el enfermo á quien se le da un régimen (que es constituído por diversos alimentos y que varían también su preparación) ha de evacuar su estómago á las 7 ú 8 horas.

Así, pues, en mi práctica he abandonado todos estos métodos y procedo así:—Una vez estudiado el caso, le doy un régimen, y lo hago volver. Calculo, por ejemplo, que á las 7 1/2 horas no habrá nada en el estómago. Y á esa hora le percuto, palpo bien el estómago en

distintas posiciones y con un poco de práctica y paciencia puedo precisar si el estómago está ó nó vacío.

De esta manera no sufre el enfermo, y puede uno llegar á prescindir de los métodos de motilidad y llegar á decir cuándo debe de comer, sin tener los inconvenientes é incomodidades de los métodos corrientes.

L. INURRIGARRO.

(*Continuará*).

TESIS DE 1897

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

14—DEMARÍA JUAN C.—*Litiasis biliar.*—104 páginas.

Estudio de la formación y composición de los cálculos biliares y de la etiología, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de la litiasis biliar, seguido de 4 observaciones recogidas en el Hospital Rivadavia. En las tres últimas se obtuvo la curación ó, por lo menos, una mejoría considerable por el tratamiento médico. En la primera se hizo una laparotomía porque el tratamiento médico no daba resultado y el estado de la enferma era grave. Abierto el vientre, no se creyó prudente hacer la colecistenterostomía por la situación del cálculo (desembocadura del coledoco), el temor de infección y el estado poco satisfactorio de la enferma. La herida operatoria cicatrizó por primera intención; la enferma sucumbió más tarde á su litiasis.

15—DIAZ AMADOR.—*Tratamiento de las bronconeumonías infantiles.*—42 páginas.

El tratamiento de las bronconeumonías infantiles merece fijar la atención de los médicos de Buenos Aires. Según las

estadísticas de 1895 y 1896, los fallecidos por bronconeumonía dan el 18,73 % (1895) y el 20,39 % (1896) de la mortalidad general de niños (de cero á cinco años, excluyendo los nacidos muertos). Díaz es partidario de los vomitivos (ipeca) de la envoltura hidropática fría del tórax, poco inclinado á los revulsivos expectorantes y antiespasmódicos.

16—Ehuletche Juan B.—*Contribución al estudio de la vaginopexia de Le Dentu.*—74 páginas.

Después de algunas consideraciones generales sobre las retrodesviaciones y sus diversos tratamientos, estudia E. las indicaciones y contraindicaciones del procedimiento de Le Dentu, terminando con una exposición detallada de la técnica operatoria y con las historias de tres operaciones, según Le Dentu, cuyo éxito ha sido favorable.

17—Emparanza Francisco.—*Comentarios clínicos sobre algunos casos de tumores del pulmón.*—55 páginas.

Comentarios sobre dos casos de sarcoma del pulmón, (1 primitivo, 1 secundario) y de un caso de quiste hidático del pulmón. No es posible, por la naturaleza del trabajo, dar un resumen aquí.

18—Esteva Berga Miguel.—*Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del hígado.*—70 páginas.

E. B. no es partidario de la punción aspiratriz seguida de inyecciones parasiticidas; el procedimiento Lindemann-Landau le parece un método seguro, pero demasiado lento. El método de Posada es excelente cuando las condiciones del quiste permiten su aplicación. La mortalidad de 4 por ciento de esta operación es muy inferior á la que da la de Lindemann-Landau (10 %) y á la del procedimiento de Volkmann (19 %).

Al final del trabajo se hallan las observaciones de 23 operaciones de Posada y tres de Mabit según el método de Posada.

19—Fernández Blanco.—*Contribución al estudio de la influenza en los niños.*—54 páginas.

F. estudia las particularidades de la influenza en los niños. Según él la frecuencia de erupciones cutáneas es en la influenza mayor de lo que se cree generalmente; estas erupciones, de forma muy variada, siempre las ha visto limitadas al tronco.

Como tratamiento recomienda las fomentaciones frías aplicadas al tórax, la antisepsia de la cavidad bucal y nasal para impedir las infecciones secundarias, el régimen lácteo y tónicos.

20—Fernández Julio G.—*Estrechez mitral pura.*—100 páginas.

Estudio detenido de la estrechez mitral pura seguido de 3 observaciones. En la primera se trataba de una mujer de 24 años, primipara, en la que los síntomas se agravaron considerablemente al fin del embarazo. En la segunda se trata de una mujer con un embarazo gemelar (5 á 6 meses); muerte. En la autopsia la válvula mitral presentaba la forma de un embudo con sus paredes ligeramente esclerosadas y sus bordes libres muy espesados y adheridos formando un orificio circular que apenas admitía la punta del meñique.

21—Ferrari Alfredo.—*Tratamiento de las colecciones purulentas ó sanguíneas de la pelvis por la abertura del fondo de saco de Douglas y el drenaje.*—48 páginas.

F. prefiere la vía vaginal á la abdominal. Esta última es más peligrosa y da á menudo lugar á eventraciones. Recomienda el tratamiento seguido por Laure en el Hospital Francés (método de Mundé con algunas modificaciones). Seis observaciones demuestran el buen resultado obtenido en colecciones purulentas (duración media, 40 días) y cuatro observaciones el resultado en colecciones sanguíneas.

22—Foutel Manuel.—*Consideraciones sobre la dispepsia y su patogenia.*—39 páginas.

Las consideraciones de F. lo conducen á pensar que la lesión

anátomo-patológica no preexiste, sino que es la consecuencia remota de las perturbaciones funcionales del estómago. La dispepsia debe ser considerada como enfermedad funcional perfectamente caracterizada que debe conservar su independencia en el cuadro nosológico.

23 – FOUTEL SANTIAGO.—*Tratamiento quirúrgico de las otitis medias supuradas.*—98 páginas.

F. estudia primero la anatomía de la caja timpánica y después los diversos procederes operatorios aconsejados contra la otitis media supurada. Finalmente trae 8 observaciones de otitis medias curadas, 7 por tratamiento médico y una por el tratamiento quirúrgico.

24—FUNES LUCIO.—*Consideraciones sobre la espina bífida y su tratamiento.*—52 páginas.

El pronóstico de la espina bífida ha mejorado mucho debido á los adelantos de la cirugía. F. describe el proceder operatorio y los resultados obtenidos en 4 casos en el Hospital de Niños por M. Castro. Tres de los enfermos eran sifilíticos hereditarios.

25—GALINDEZ IGNACIO. *Tumores del mediastino.*—48 páginas.

Después de un breve estudio de la sintomatología de los tumores del mediastino, nos da G. 6 observaciones detalladas de aneurismas torácicos observados en el servicio del doctor Méndez (San Roque). G. opina que, pensando un poco y haciendo un examen minucioso sin descuidar ningún órgano cualquiera que sea su importancia, y siguiendo el más ligero indicio, se llegará siempre al diagnóstico exacto de la afección.

ESTUDIO COMPARATIVO DE LA POSICIÓN DE LOS MÉDICOS EN FRANCIA Y ALEMANIA

Por el Dr. **P. Schobert,** (París)

(*Deutsche mediz. Woshenschrift* Nº. 52, 1897)

Los médicos alemanes que han pasado unas semanas ó meses en París para estudios científicos llevan casi siempre consigo á la vuelta la idea que, exceptuando el idioma, médicos y estudiantes ocupan posiciones iguales en ambos países, siendo quizá la única diferencia la ausencia de distintivos coloreados y cicatrices en la cara del estudiante francés y la levita más larga del médico de París y su galera más moderna que la de su colega de Berlín. Pero el que permanece algunos años en Francia y tiene afición á estudios sociales se convencerá, al contrario, de que existe una diferencia marcada en la posición de los médicos y estudiantes franceses y la de los alemanes. El médico ocupa en Francia una posición social más elevada que en Alemania, y, en cambio, el estudiante de medicina sólo desempeña un papel muy modesto en Francia, mientras que en Alemania es una figura muy bien vista en sociedad.

Antes de estudiar la sintomatología de este fenómeno, digno de interés, estudiaré su etiología, siguiendo así las costumbres científicas establecidas. La causa está, á mi modo de ver, en las diferencias de las ideas generales, sentimientos y facultades intelectuales de ambos pueblos.

Tratemos, pues, de exponer aquí la Psicología de ambos pueblos en cuanto al punto en cuestión, de aclarar los resultados con algunos ejemplos y de aplicarlos después á nuestro tema.

El alemán tiene una tendencia marcada á la teoría, al idealismo y á las especulaciones sobre el porvenir; trata de pro-

fundizar todo; por medio de sistemas, clasificaciones y disecciones aspira á llegar al fondo de las cosas, extraviándose de vez en cuando en las profundidades y perdiendo el punto de vista general. Comenzado un trabajo, sólo lo deja con dificultad, se cuida poco de lo que pasa cerca de él: sólo lo que viene de lejos le parece de importancia y lo asimila fácilmente. La forma externa le parece de poco valor.

El francés, tanto en la vida diaria como en la científica, es más práctico y más concreto, se ocupa más de lo cercano y de lo presente, poco le importa la justificación teórica de una cosa; es más superficial, poco afecto á profundizar, pero conserva la vista del conjunto. Tiene menos tendencia á la especialización y disección que para la sintetización y la reunión de cosas diversas bajo puntos de vista uniformes; es afecto á ocuparse de muchas cosas á la vez. El aspecto exterior es de importancia; un estilo fluído, una forma agradable y una manera imponente de presentarse, son de capital importancia. Conocedor de su valor propio, se mantiene en atenta reserva para lo que viene de lejos.

El gremio médico demuestra claramente la tendencia de los alemanes á la separación y división, y la de los franceses á la reunión.

Es sabido que en Alemania la especialización médica se ha desarrollado muchísimo; en Francia su desarrollo es infinitamente menor, por lo menos en los centros científicos: el mismo profesor escribe sobre anatomía y cirugía; ginecología y oftalmología no son materia aparte en los exámenes: se les considera simplemente como ramos de cirugía; en el programa de la universidad no existen cursos de otología y rinolaringología; los profesores de anatomía patológica, de higiene y de medicina legal son al mismo tiempo directores de servicios de clínica-médica en los hospitales de París y ejercen la profesión en el público; un célebre profesor de botánica, médico, muerto hace dos años, era al mismo tiempo un partero renombrado. Es claro que entre los médicos franceses que se dedican más á ganar plata que á la ciencia, la especialización encuentra también sus ardientes partidarios.

El que conoce más de cerca los sabios franceses sabe que

nunca olvidan el cuidado de su exterior; su manera de portarse y de vestir es completamente la del hombre de mundo; se mueven con la misma facilidad en los salones que en el gabinete de trabajo; aun en sus trabajos científicos y conferencias atribuyen á la elegancia un valor considerable, á veces quizá más que al tema y al contenido. Lo contrario sucede en Alemania, donde se cree á veces poder juzgar la importancia de un profesor por su falta de buenas maneras y por su dejadez en la manera de vestir.

Ideas extranjeras, literatura é idiomas extranjeros se generalizan, como es sabido, rápidamente en Alemania, lentamente en Francia.

Creo haber probado lo dicho más arriba, y paso á ocuparme del estudiante francés, el que no desempeña todavía rol en sociedad, como ya he dicho más arriba, considerado sólo como una persona en vía de ser algo.

El estudiante mismo lo sabe muy bien, y pocas veces se verá en una tarjeta de visita debajo del apellido un « *étudiant en médecine* », mientras que en Alemania difícilmente existirá un sólo estudiante de medicina que no use en su tarjeta un « *stud. med.* » ó « *cand. med.* », obteniendo así la entrada á casi todas las esferas de la sociedad. En cambio, el estudiante francés se presenta en sociedad no como estudiante sino como el señor Fulano de Tal, y sin darse á conocer exteriormente como estudiante. En general, hasta se puede decir que en Francia el estudiante, especialmente el de medicina, goza de mala fama en sociedad y en familia; se le acusa de llevar una vida desordenada y de no tener maneras. Me parece que esta mala fama no carece de fundamento, porque los jóvenes de familias pobres y modestas que estudian sólo con la ayuda de subvenciones y que en Alemania suelen dedicarse á teología ó á filología, suelen elegir en Francia la medicina, mientras que los hijos de las familias pudientes se dedican, en su mayor parte, á la jurisprudencia.

El trato entre estudiantes no tiene formalidades. El mirar fijamente una persona ó chocar con ella no se considera como insulto, como sucede en Alemania; los estudiantes hablan entre ellos sin presentación previa y sin saludarse des-

pués. La libertad individual y la supresión de toda obligación respecto del resto del mundo es el lema del estudiante francés; no existen ni vestigios de asociaciones parecidas á las alemanas. Cada uno vive cómo y con quién le conviene y poco le importa lo que puedan pensar otros de él. Es sabido cuán diferente es la vida del estudiante alemán.

Terminada la vida estudiantil se produce un cambio interesante, pero en sentido inverso, en los dos países. El alemán deja la respetada posición de estudiante, privilegiado por leyes especiales y por la justicia académica.

A pesar de la alegría de haber pasado sus exámenes se siente como expulsado de la casta de los jóvenes académicos, casta acariciada de toda la nación y algo mimada por las autoridades. Se ve de repente colocado por la ley en la clase de industriales, en la que no puede defenderse contra los pastores, barberos, curas, etc., que protegidos por la ley se entregan á ejercer el curanderismo. *¡ O quæ mutatio rerum !*

Lo contrario sucede en Francia. El gremio médico está protegido por leyes: sólo pueden ejercer la medicina los médicos aprobados por el Estado. Hay castigo para los curanderos, leyes que permiten perseguir á los infractores y el médico ocupa una posición privilegiada, protegida por el Estado. Tanto en medicina como en economía política, el francés es, pues, proteccionista, guiado por las circunstancias de la práctica, mientras que el alemán es libre-cambista, guiado por especulaciones teóricas.

Además, en Francia la medicina es mucho más popular y, en consecuencia, sus representantes gozan más del favor del pueblo que en Alemania; de ahí proviene que los médicos franceses son tan á menudo representantes del pueblo en las Cámaras. También las autoridades literarias se ocupan mucho de los médicos; Zola en su *Dr. Pascal*, Ohnet en su *Dr. Rameau*. Gyp da en su « *Ces bons docteurs* » la historia natural del médico francés moderno. Es sabido que Molière atacaba en sus sátiras de preferencia á los médicos. « *Le médécin malgré lui* » encuentra siempre un teatro lleno y un público agradecido.

El latín ha desaparecido completamente de la medicina francesa. Cada enfermedad, cada detalle anatómico tiene su nombre francés, que es el único empleado. En consecuencia, obras de medicina pueden ser leídas y entendidas por legos. Todas las recetas se escriben en francés y sin abreviaciones, y no sobre tiras de papel largas y estrechas, de apariencia tísica, sino sobre papel bien proporcionado, en forma de carta; á menudo los enfermos leen inmediatamente la receta recibida y discuten con más ó menos razón el cómo y por qué de cada ingrediente. Muchas obras de importancia, como por ejemplo las de Fournier y *Dieulafoy*, están escritas en estilo fluído y se leen corrido como si fueran novelas. Las sesiones semanales de la Academia de Medicina se extractan y publican en los grandes diarios como Figaro, Temps, etc. Para las conferencias teóricas en la escuela de medicina y las presentaciones de enfermos en los hospitales de París la entrada es libre. En la clínica de Charcot estudió Zola los caracteres patológicos de los héroes de sus novelas y el anfiteatro de la Salpêtrière es todavía hoy día un lugar de predilección para periodistas en busca de algo sensacional, para señoras curiosas y para paseanderos aburridos; la escuela de medicina, algo más central, recibe, en cambio, especialmente en las largas noches de invierno, la visita de público más materialista que va en busca de luz y calor gratuito.

Así como en Francia se concede á todo el mundo derecho y ocasión para ocuparse de medicina, así parece también lo más natural que los médicos á su vez se ocupen de otra cosa. Como los médicos son muy populares y muy apreciados en Francia, no les ha costado mucho trabajo llegar á ser hombres de confianza del pueblo. Una estadística comparada de los médicos miembros del parlamento alemán y francés demuestra esto de una manera elocuente.

El Reichstag alemán de 1893 tenía 397 diputados, de los cuales seis eran médicos; el senado francés actual tiene sobre 300 miembros 39 médicos y tres veterinarios, la cámara sobre 581 diputados, 58 médicos, dos veterinarios y cuatro boticarios. Vemos, pues, que en Alemania hay un médico por cada 66 diputados y en Francia uno por cada nueve. ¡Qué diferencia

enorme! A esto hay que añadir todavía que de los diputados y senadores franceses quizá ninguno se iniciaba en la vida pública, sino que los provenientes de las provincias ya habían sido generalmente antes *maires* y que los provenientes de París han pasado casi todos por el concejo municipal. Se ve que los médicos franceses participan mucho más de la vida pública y de la política que sus colegas alemanes. Entre los diputados médicos se encuentran varias notabilidades, como Cornil, Lannelongue, Labbé, etc.

Como en Francia los ministerios se forman de los diputados y senadores, es natural que los médicos figuren también en los ministerios; en los 10 últimos años ha habido tres ministros médicos.

Se ve, pues, que en Francia se presupone en el médico una instrucción general muy vasta.

No sucede lo mismo en Alemania, donde toda inteligencia parece acaparada por los jurisconsultos.

REVISTA DE LA PRENSA

L. Casper. - *Investigaciones experimentales sobre la prostata y los diversos medios de tratamiento de la hipertrofia de la prostata.* - (Berliner klinische Wochenschrift, 1897).

C. enumera los nombres de los cirujanos que se han ocupado de la cuestión; unos son partidarios de la castración, otros la condenan; pocos han investigado los cambios macroscópicos y microscópicos que se producen en la prostata después de la ablación de los testículos. Griffiths, Ramm, Kirly y White, Launois, Guyon, Socin, etc., hicieron experiencias en diversas especies de animales y constataron todos una disminución notable de la prostata. Socin, en el curso de sus experiencias, demostró que el desarrollo y la constitución de la prostata depende enteramente de la evolución del testículo y que esta glándula varía mucho en animales de

la misma especie y de la misma edad. Casper ha visto en un gran número de prostatas que la relación entre el tejido glandular y el tejido muscular y conjuntivo es diferente para cada individuo. Cuanto más joven es el animal, tanto menos abundante es el tejido glandular. En individuos adultos de la misma edad el parénquima y el tejido músculo-conjuntivo forma en unos los 5/6 de la glándula, en otros solamente la mitad ó un tercio.

Casper hizo experiencias en 11 perros y 10 conejos. Los eligió de la misma raza y, en lo posible, de la misma edad. Sus experiencias duraron dos años. Se proponía resolver las cuestiones siguientes:

1º Cómo obra una castración doble sobre la prostata.

2º Cómo obra una doble resección de los canales deferentes sobre la prostata.

3º Cómo obra la ablación de un testículo.

4º Cómo obra la resección de un canal deferente.

5º Cómo obra la inyección de substancia prostática sobre la prostata.

Consagró la mayor parte de los animales á la solución del primer problema.

Seis conejos de la misma edad fueron castrados y sacrificados tres meses después; la prostata presentaba á simple vista una gran diferencia; la de los animales castrados era un tercio más pequeña que la de los no operados.

Al microscopio se ve que en las últimas ramificaciones vasculares los acini se hallan separados unos de otros por tejido conjuntivo. Fibras musculares se entrecruzan con tubos glandulares cuya luz está parcial ó totalmente obliterada. La parte glandular de la prostata está como destruida.

En dos perros tratados del mismo modo la diferencia no era tan grande; sin embargo, era bastante demostrativa. La prostata de los animales castrados era más pequeña. Al microscopio se ve un achicamiento bastante avanzado de los tubos glandulares. Esta alteración es sobre todo marcada en la parte central de la glándula; en la periferia los tubos glandulares están bastante bien conservados. En un perro muerto 4 meses después de la castración existían los mismos fenómenos en grado mucho más marcado.

Casper hizo la resección de los dos canales deferentes en dos pares de conejos de la misma edad y en un perro. El

primer par de conejos vivió ocho semanas y media, el segundo seis y media y el perro cuatro meses y medio.

En el perro se constata una atrofia de la prostata no tan apreciable que la que se ve después de la castración, pero sin embargo es evidente.

En los conejos no se nota ninguna diferencia en las glándulas de los operados y de los no operados. No se nota atrofia del testículo; no se encuentran alteraciones microscópicas.

C. hizo la ablación de un testículo en un perro. El animal vivió cuatro meses. Su prostáta era normal; al microscopio no se encontró alteración de los tubos glandulares.

En un perro se practicó la resección de un canal deferente; no se observó cambio alguno; el testículo no se atrofió.

C. hizo inyecciones de substancia prostática en tres perros. Remert y Bazy han aplicado esta terapia en la hipertrofia de la prostata. C. renovó estas experiencias. Inyectó substancia prostática obtenida de un toro, análoga á la empleada por Knoll.

En trece semanas se inyectaron 200 cc. de substancia á un perro, empezando por un cc. al día y aumentando después. El resultado fué completamente negativo. La prostata era absolutamente normal. No se veía disminución del tejido glandular. La experiencia repetida en otro perro confirmó el resultado obtenido.

Casper llega á las siguientes conclusiones:

La doble castración causa siempre una disminución del tamaño de la prostata. La doble resección de los canales deferentes produjo en un caso, pero en un tiempo más largo que la castración, la disminución de la prostata y en dos casos ningún cambio.

La sección del canal deferente no ha producido, al cabo de cuatro meses, la atrofia del testículo correspondiente. La castración unilateral, la sección unilateral del cordón y la inyección de substancia prostática no ejercen influencia sobre la prostata.

Mikulicz.—*Tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del estómago.*—(Berliner klin. Wochenschrift, 1897.)

M. dice que su primera tentativa de curar la úlcera perforante del estómago data de 1880. El enfermo murió en colapso tres horas después de la operación. Repitió después

sus ensayos, pero todos tuvieron un éxito fatal; en 1892 tuvo la suerte de salvar un enfermo, y desde entonces los resultados han sido los siguientes: de 1885 á 1893 inclusive 35 casos, con una sola curación; mortalidad: 97,15 %; de 1894 á 1896 inclusive 68 cosos con 32 curaciones; mortalidad: 52,91.

Las tentativas anteriores han demostrado que el éxito de la operación depende esencialmente de dos causas: 1° de la vacuidad ó repleción del estómago en el momento de la perforación; 2º de la precocidad ó del retardo de la intervención, una vez hecha la perforación.

Se conocen casos excepcionales en los que, estando el estómago vacío, la curación espontánea se ha producido. El médico que teme una perforación no debe administrar ningún alimento por la vía bucal al enfermo; debe alimentarlo exclusivamente por la vía rectal.

Las estadísticas demuestran que las probabilidades de curación son cuatro veces más favorables si se opera dentro de las primeras doce horas que siguen á la perforación. Es pues, deber de todo médico avisar á un cirujano inmediatamente después de producirse una perforación.

No es absolutamente necesario para el cirujano que esté establecido el diagnóstico exacto de úlcera del estómago perforada; el diagnóstico de peritonitis por perforación es una indicación suficiente para la intervención quirúrgica. M. no acepta sino con reserva el consejo de Leube de esperar el fin del shock que sigue la perforación; él no se opone á que se espere una hora ó un poco más; es el tiempo necesario para prepararse á la intervención; pero no aconseja esperar que el colapso haya desaparecido; á menudo el enfermo pasa del colapso consecutivo á la perforación al colapso que conduce á la agonía.

La mayor parte de las perforaciones de úlcera del estómago (80 %) se hallan en la pared anterior. Son fáciles de hallar y de tratar. Cuando la úlcera está situada cerca del cardia ó sobre la pared posterior, puede ser muy difícil el encontrarla y hasta es á veces imposible. Aun en este último caso, la laparotomía y el drenaje de la cavidad abdominal infestado pueden conducir á la curación.

La excisión de los labios de la úlcera no es absolutamente necesaria; se cerrará por una sutura la abertura existente; si la excisión es fácil, se hará; en el caso contrario el cirujano se contentará con poner una serie de puntos de seda

alrededor de la perforación. Cuando los tejidos vecinos están infiltrados, la operación se hace muy difícil; se trata de suturar de un solo golpe la abertura ó se la cierra con un tapón de gaza iodoformada. M. ha obtenido la curación por este medio. En cuanto al resto, el tratamiento de la perforación del estómago es el mismo que el de las peritonitis por perforación.

M. habla en seguida de una segunda forma de peritonitis que resulta de la abertura de la úlcera del estómago, forma subaguda y crónica análoga á una perigastritis. Una perforación extremadamente pequeña, oculta por los órganos vecinos, es sin duda el origen. Poco á poco una peritonitis fibrinosa invade todo el contorno del estómago y hasta puede ganar toda la cavidad abdominal. Una parte de los abscesos subdiafragmáticos reconocen por origen esta clase de perigastritis. Hasta el día el tratamiento quirúrgico se aplicaba á estos abscesos; pero muchos de los enfermos no llegan á esta terminación, relativamente favorable, sino á la peritonitis generalizada; será, pues, necesario intervenir lo más pronto posible en la perigastritis supurada. El diagnóstico no es fácil. La percusión y la palpación no dan ningún signo preciso. El cirujano se decide con menos facilidad por la intervención, porque sabe que la curación espontánea no es rara.

Otra complicación que necesita la intervención quirúrgica es la hemorragia. Hay pequeñas hemorragias que se detienen solas y no necesitan intervención; pero hay otras que amenazan la vida de los enfermos; ellas provocan la anemia aguda y la terminación fatal en 5 % de los casos de úlcera. En estos casos el cirujano se esforzará de hallar el vaso que está abierto y de ligarlo como en cualquiera otra hemorragia. Esta operación se ha hecho á menudo, pero sin resultado apreciable. M. cita dos casos con resultado: 1 de Roux y el 2º de él mismo.

En el caso de M. era la arteria coronaria superior la que había sido roída por una pequeña úlcera situada en la curva dura menor. Excindió la úlcera y suturó los bordes de la herida; la operación fué practicada hace tres años; desde entonces, la enferma está sana.

M. refiere otro caso de hemorragia aguda que trató de detener; la úlcera estaba en la región pilórica. La infiltración de los tejidos era tal que no pudo ligar el vaso; se contentó

con cauterizarlo con termocauterio. El enfermo murió 24 horas después.

Esta operación presenta grandes dificultades; es á menudo imposible en el vivo de hallar el vaso atacado ó la úlcera misma cuyo sitio es variable.

Cuando por un tratamiento médico no se llega á curar la úlcera y á combatir la anemia, está indicada la gastro-enterostomía empleada dos veces con éxito por Küster.

La úlcera del estómago y sus complicaciones son á menudo difíciles de diferenciar de otras afecciones, tales como el cáncer, las enfermedades de la vesícula biliar y del canal cístico. La hernia epigástrica puede provocar las mismas perturbaciones que la úlcera.

En los casos dudosos, M. hace una incisión exploratriz; si no encuentra ninguna alteración patológica en el estómago ó en sus orificios, vuelve á cerrar la cavidad abdominal; en un enfermo ha podido constatar la desaparición de las perturbaciones gástricas á consecuencia de una incisión exploratriz.

M. propone intervenir cada vez que la vida del enfermo esté amenazada directa ó indirectamente por las hemorragias repetidas, el enflaquecimiento progresivo, la perigastritis supurada, el carcinoma, ó cuando, después del fracaso completo del tratamiento médico, el enfermo no puede soportar más el dolor, los vómitos y la dispepsia.

NOTICIAS

Congreso Científico Latino-Americano

Hemos recibido la segunda comunicación sobre este congreso que debe reunirse en Buenos Aires desde el 10 hasta el 20 de Abril del corriente año.

Se han adherido á dicho congreso los gobiernos de Bolivia, Chile, Guatemala, Méjico, Paraguay, Uruguay, Perú, Venezuela y Brasil y las siguientes sociedades extranjeras: Sociedad científica de Chile, Sociedad Geográfica de la Paz (Bo-

livia), Sociedad Colombiana de Ingenieros de Bogotá, Consejo Nacional de Higiene de Montevideo, etc.

El programa de la sección de Ciencias Médicas comprende los puntos siguientes:

1º. Fiebre amarilla.

2º. Lepra.

3º. Afecciones endémicas de los paises de América.

4º. Etiología y tratamiento moderno de la locura.

5º. Aguas termales americanas.

6º. Defensa sanitaria contra las enfermedades importables é higiene de los puertos.

Se han anunciado ya oficialmente los siguientes trabajos para la sección de Ciencias Médicas.

Dr. D. Decoud (Buenos Aires). El cáncer y la tuberculosis en Buenos Aires.

Dr. Moncorvo Filho (Río de Janeiro) 1º. De las linfangitis en la infancia y sus consecuencias. 2º. Microbiología y terapéutica de la coqueluche. 3º. El ácido cítrico en la coqueluche. 4º. El asaprol como hemostático. 5º. El ácido fénico en las afecciones de la piel.

Dr. Adolfo Murillo (Santiago de Chile). 1º. El servicio de la vacuna en Chile. 2º. Sinfisiotomía y parto prematuro artificial alternado en una cifótica.

Dr. F. Rodriguez (hijo). El suicidio en Buenos Aires.

—Entre las adhesiones recibidas del extranjero mencionaremos las siguientes:

José P. Alessandri, ingeniero civil (Chile).

Santiago Y. Barberena, doctor en ciencias sociales é ingeniero civil (San Salvador).

Daniel Barros Gréz, ingeniero geógrafo y arquitecto (Quillota, Chile).

Joaquín Canabal, doctor en medicina, presidente del Consejo nacional de higiene de Montevideo.

Juan de Dios Fierros, ingeniero civil (Méjico).

Carlos Honoré, ingeniero civil (Montevideo).

Manuel A. Herrera, doctor en ciencias sociales, magistrado de la Suprema corte de justicia, Decano de la Facultad de derecho y notariado de Guatemala.

Julio Inchauspe, doctor en medicina (Montevideo).

Emilio Körner, general de división y jefe del Estado Mayor general de Chile

Samuel A. Lafone Quevedo, miembro correspondiente de la Sociedad científica argentina.

Adolfo Murillo, doctor en medicina, profesor de la Facultad de medicina de Santiago de Chile, presidente de la *Société Scientifique du Chili.*

Florencio Michaelsson, ingeniero civil, jefe de sección y miembro del Consejo del departamento nacional de ingenieros de Montevideo.

José Isidoro Martínez Junior, doctor en ciencias sociales, diputado al Congreso del Brasil, catedrático de la Facultad de derecho, de Recifes, Estado de Pernambuco.

Moncorvo Filho, doctor en medicina (Río de Janeiro).

Teodorico Olaechea, doctor en ciencias, profesor de la Escuela de ingenieros de Lima.

José V. Ochoa, Ministro de instrucción pública y fomento de Bolivia.

Manuel Pasapera, doctor en ciencias sociales, catedrático de la Universidad de Lima.

Enrique Piccione, doctor en ciencias sociales (Chile).

Fidel Pombo, director del Museo nacional de Bogotá.

José de Pirro Machado, director de la Gaceta comercial y financiera de Río de Janeiro.

Juan J. Rodríguez, licenciado (Guatemala).

José Sanarelli, doctor en medicina, director del Instituto de higiene de Montevideo.

Max Schmidt, doctor en medicina (Andalgalá).

Ramón E. Santelices, vicepresidente del Senado de Chile.

Carlos R. Tobar, director de la Academia Ecuatoriana (Quito).

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Febrero 15 de 1898 Nº. 3

CONSIDERACIONES SOBRE EL RASPADO DEL ÚTERO SIN ANESTESIA (1)

Por el doctor **Enrique Tornú**

Jefe de Clínica del servicio de mujeres del Hospital «San Roque»

He sido y seré opuesto, al raspado del útero practicado sin anestesia, siempre que este procedimiento se aplique indistintamente á todos los casos.

Entre nosotros, ha sido uno de nuestros más reputados ginecólogos quien ha introducido esta práctica, cómoda sin duda para el operador, pero generalmente perjudi-

(1) Extracto de un capítulo del tomo I de una obra sobre *Enfermedades de mujeres* que el autor tiene en preparación y que debe aparecer en Abril del corriente año.—N. de la D.

cial para la enferma como trataré de probarlo más adelante.

No dudo, que es posible practicar el raspado sin anestesia, pero también es cierto que hay muchas maneras de *raspar;* la cuestión está en que la operación se practique como es debido, y dé el resultado buscado por el cirujano al emprenderla. Y bien, no es posible llevar á cabo esta pequeña intervención ginecológica (salvo muy raras excepciones) sin anestesia y con éxito, á menos que el operador se limite á pasear la cureta por la cavidad uterina, acariciando simplemente y con todo respeto la mucosa, en vez de tratar de estirparla ó sino que la enferma haya perdido toda su sensibilidad, lo que es algo difícil. Comprendo bien y aunque no lo comprendiera sería lo mismo porque está probado por la ginecología y la clínica, que el asunto *dolor* es cuestión de grados y que unas personas son más ó menos sensibles que otras y en lo que toca al raspado para no citar, sino un caso señalaré el de una señora (actualmente clienta mía) á quien se le hizo *tres raspados* y los tres sin anestesia, siendo el operador un ginecologista extranjero de mucha y muy merecida reputación. (1)

Pero... ¿quién me podría probar lo contrario, si yo sostuviera que fué necesario practicar tres raspados para curar á esta enferma, de su afección uterina, lo que tal vez se hubiera conseguido con *uno* sólo bien hecho bajo anestesia...? Nadie, absolutamente nadie, podría defenderse de este ataque; no veo, ni presiento la argumentación científica que podría oponerse á la mía, solo que se recurriera á sofismas y de éstos no entiendo un palote. En efecto: sabemos todos los que hacemos ginecología en hospitales, y no solamente en público ó en los avisos de los diarios, que el primer síntoma de un útero enfermo es transformarse, de casi insensible como lo es al estado normal, en eminentemente doloroso en su estado patológico. Ahora bien; en estas circunstancias la simple introducción del histerómetro por delgado que sea y por

(1) En honor de la verdad debo hacer presente que en este caso no debe culparse al ginecologista, sino á la enferma que se opuso tenazmente á que se le diera anestesia.—N. del A.

hábilmente que sea introducido en la cavidad uterina, provoca en la mayoría de los casos, dolor y dolor á veces intolerable.

Y, sin recurrir á otros argumentos, ¿es posible creer que una mujer (del público sobre todo) generalmente nerviosa, impresionable, bajo la impresión de la operación que cree algo del otro mundo, resistirá sin protestas y, lo que es peor, sin grandes movimientos la *dilatación* necesaria de la cavidad uterina para admitir la introducción y el libre juego de la cureta, practicándose la dilatación ya sea con las bujías de Hegar, ya sea con los dilatadores mecánicos inventados con este objeto...? Francamente, confieso que en estas condiciones me vería en grandes apuros para practicar *comme il faut* el raspado.

Se me dirá y con razón, que, en estos casos puede practicarse la *dilatación* con las laminarias ó con las esponjas preparadas; creo haber demostrado suficientemente en el capítulo III de esta obra, los graves inconvenientes de estos medios de dilatación, para no insistir nuevamente en la necesidad de abandonarlos de un modo definitivo.

Se sabe que, en el raspado del útero, lo que más duele es el tiempo de la *dilatación*, pero, esto no quiere decir tampoco que el acto en el cual la cureta desempeña el principal rol, sea *indoloro*, sobre todo si se tiene en cuenta que, es necesario en la mayoría de los casos, emplear cierta fuerza para arrancar la mucosa.

El cirujano que se limita á acariciar suavemente la mucosa y se detiene al primer *gritito* uterino, se expone á dejar gran parte de la mucosa enferma, convirtiendo además la cavidad del útero en una región montañosa con valles y altas cumbres, sin contar que el resultado de la operación es el mismo que da la carabina de Ambrosio, arma de todos conocida, lo que me evita de describirla.

Mas de una vez he tenido ocasión de presenciar estos *raspados sin anestesia* y nueve veces sobre diez la pobre enferma sometida á esta verdadera tortura se ha quejado amargamente y por más esfuerzos que hacía para no moverse, se debatía con movimientos bruscos é inesperados para el operador á quien ponía en serios

aprietos á fin de no lastimarla con los instrumentos. Además las manifestaciones *evidentes* del dolor que sentía la enferma traducidos en llantos, gritos y movimientos tienen que conmover algo al operador, el que entonces se vé obligado á tratar de terminar lo más rápidamente posible la intervención, dejándola en muchos casos incompleta, como he podido comprobarlo introduciendo nuevamente la cureta. Resultado final: una mujer extenuada por el dolor, maldiciendo esta ciencia salvaje y un raspado perfectamente inútil.

Se comprende que no puedo nombrar á los operadores de estos casos, pero lo expuesto lo afirmo bajo mi fe de de médico y de caballero.

Muchas serían las observaciones que podría publicar en las que el raspado de la matriz practicado sin anestesia no ha dado resultado, pero no es posible sin dar á este volumen proporciones enormes sin mayores ventajas; me limitaré á la siguiente que es de las más probantes y en la que ha intervenido un ginecologista de nota:

Observación núm. 10—Josefa P., 22 años, argentina, casada, de constitución débil, regló á los quince años, siendo sus reglas siempre irregulares, escasas, incoloras y muy dolorosas. Se casó á los diez y siete y á fines del año 1894 era madre de un niño á término. Después de este parto, la leucorea que había tenido desde soltera se hizo más abundante y presentó los síntomas de una franca *endometritis*, que fué combatida durante un año por un ilustre ginecologista con los célebres tocamientos con tintura de iodo y el consabido tapón con *ictiol*, tratamiento éste que hace la delicia de los más reputados especialistas. Al cabo de este tiempo, como era de esperarse, este tratamiento no dió resultado y se le propuso un raspado que la enferma aceptó sin inconvenientes. Fué á mediados del año 1896 que tuvo lugar la operación, la que se efectuó sin anestesia como acostumbra siempre este ginecologista y á los ocho días la enferma fué dada de alta previa *una y única* curación intrauterina, con la clásica tintura de iodo.

Me dice la enferma que no sufrió casi nada durante la operación y que ésta duraría á lo sumo unos tres ó cuatro minu-

tos, [1] pero que después se encontró peor que antes de la intervención, pues la leucorea era más abundante y los dolores del bajo vientre, sobre todo en la región tubo-ovárica, se hicieron más agudos y más persistentes.

Desconsolada con el mal resultado de la operación y pensando que si ese ginecólogo, siendo el de más fama entre nosotros, no la había curado, sería locura pretender que otro podría sanarla, resolvió quedarse con sus males y no consultar ya á nadie.

Sin embargo, el 5 de Diciembre de 1897, fuí llamado y el examen ginecológico que le practiqué, me permitió diagnosticar una *endometritis* de origen catarral acompañado de *salpingitis* doble é igualmente catarral. Antes de pensar en el *raspado* y consecuente con las ideas expuestas en el Capítulo I sobre la necesidad de curar las trompas antes de raspar el útero si es que se quiere obtener un buen resultado, ordené reposo, revulsión con puntas de fuego en las regiones tubo-ováricas, grandes irrigaciones vajinales y rectales, completando esto con tres curaciones semanales que consistían en lavajes intrauterinos con la solución de lysol al 10 por 1000 é inyección de alumnol al 5 por 100. Dos meses después de ese lógico y racional tratamiento, la enferma mejoró notablemente, habiendo desaparecido de una manera completa la sensibilidad de las trompas, que era lo que buscaba, antes de emprender el raspado.

A mediados del mes de Febrero de 1897, acompañado por los Dres. Gardeazabal y Ballestero-Blaye practiqué el raspado bajo anestesia clorofórmica y al fin de dicho mes dí de alta á la enferma, la cual en estos momentos se encuentra gozando de perfecta salud y en gestación de un nuevo vástago.

Así como esta observación, con pocas variantes, poseo varias que no publico, por creer que con la anterior basta para probar los hechos que he señalado. Si alguien se interesa por ellas tendré el mayor placer en mostrárselas.

***

(1) Haré notar que esta enferma es esencialmente nerviosa y que cuando la tomé en tratamiento bastóle la introducción de la sonda intra uterina para que pusiera el grito en el cielo. En estas condiciones, en realidad no sé que diablos raspó mi distinguido colega. N. del A.

No pretendo sostener que el *raspado sin anestesia* sea un imposible, ni que todas las operaciones practicadas en estas condiciones hayan sido mal hechas; no, esto sería un exclusivismo que no puede admitirse en medicina é indudablemente puede haber casos que se presten para ello, sobre todo, cuando la dilatación del útero permita libremente la entrada de la cureta, pero serán siempre la excepción y esto no hará sino confirmar la regla general.

Yo mismo he podido en el hospital y á instigación del practicante mayor del servicio Sr. Arturo Molina (partidario de estas intervenciones sin anestesia) practicar en buenas condiciones el raspado, sin adormecer á la enferma y sin que manifestara mayor sufrimiento.

Pero, téngase en cuenta que se trataba de una enferma de hospital y aquí el medio cambia y por consiguiente la paciente cambia también dominándose en sus manifestaciones dolorosas por el respeto y cierto temor que le tiene al médico.

El Sr. Molina me ha asegurado que, más de una vez, no solo ha practicado el raspado sin anestesia, tratándose de casos de dilatación difícil sino que ha llegado hasta hacer en dichas condiciones la *discisión* del orificio interno, sin grandes manifestaciones de dolor por parte de la enferma. No puedo ni debo dudar de la afirmación del Sr. Molina cuya competencia y experiencia en ginecología conozco y está bien garantida con los cinco años de práctica que ha hecho en el servicio de mujeres del Dr. Revilla, pero no puedo menos que confesar que me parece un imposible, que las enfermas no hayan sufrido á menos que la casualidad haya sido tan propicia que solo le han tocado enfermas excesivamente *guapas* ó cuya sensibilidad deja mucho que desear.

Además, esto de apreciar el *dolor*, es muy distinto según que el operador sea estudiante ó sea médico con todas las responsabilidades inherentes á la profesión, sin contar que el enfermo de hospital es bien distinto del particular.

Estoy seguro que mañana, cuando el Sr. Molina se engalane con las borlas del doctorado, modificará seguramente sus opiniones al respecto.

Es bien lógico, y esto es elemental, que es siempre una

gran ventaja la supresión de la anestesia, por múltiples razones que creo inútil indicar, pero tampoco es admisible el someter á torturas á los enfermos, so pretexto que la operación es corta y es poco el tiempo que tienen que sufrir.

Las ciencias médicas no han sido solo hechas para *curar*, sino también y muy principalmente para aliviar á los enfermos, evitándoles en lo posible el dolor.

¿Para qué se han inventado los anestésicos y los analgésicos entonces? ¡Es posible admitir que estos preciosos productos, solo han sido descubiertos y aplicados para comodidad de los médicos y no para el bien de los enfermos...! Esto sería una inhumanidad inconcebible, y la primera y esencial condición del médico, es ser humano.

***

Hay casos en los cuales el *raspado del útero* no solo puede efectuarse sin anestesia general ó local, sino que es absolutamente necesario practicarlo así, para no exponer la vida de la enferma. Es después del aborto ó del parto que debe procederse de esta manera.

En estas circunstancias se puede fácilmente *raspar* sin producir sino dolores muy tolerables porque, en primer lugar el canal cervical está siempre suficientemente dilatado permitiendo la libre entrada de los instrumentos y así el tiempo mas doloroso de la intervención queda de hecho suprimido; en segundo lugar, como el útero está blando, la mucosa se deja desprender, sin que haya necesidad de hacer fuerza y como es lógico suponer el sufrimiento causado, por este segundo tiempo de la intervención, tiene que disminuir también y hacerse muy tolerable.

He tenido ocasión de practicar hasta la fecha, tanto en el público como en el hospital, veinte y siete raspados por las causas arriba mencionadas y no habiendo en ningún caso hecho uso de la anestesia no he tenido accidentes y todas las enfermas han tolerado perfectamente la operación y me han confesado que muy poco han sufrido.

Sobre las *veinte y siete* operadas solo dos han acusado verdadero sufrimiento. Cierto es que se trataba de casos en que la operación fué hecha en unos veinte días después del aborto y el otro treinta y tantos; además es preciso tener presente que en ambos casos, durante el tiempo trascurrido hasta que fuí llamado, el médico de cabecera había hecho, digo mal, *había mal hecho*, diversas irrigaciones intra-uterinas. Como los conocimientos de mi colega en ginecología eran muy limitados y su práctica en esta clase de curaciones dejaba mucho que desear, había irritado notablemente los órganos internos, produciendo una hiperexcitabilidad tan marcada que la sola introducción de las valvas bastaba para que la enferma se quejara de dolores intensos.

***

He dicho que en los casos de aborto incompleto y después del parto se podía efectuar el *raspado sin anestesia* sin que las enfermas sufran mayormente y creo haberlo demostrado; voy á tratar de probar ahora que es *absolutamente indispensable* (salvo muy raras excepciones) proceder así para no exponer la vida de la enferma.

En efecto: ¿cuál es el estado general de las pacientes en estas circunstancias? Los que tienen ocasión de encontrarse á menudo en presencia de estos casos, saben bien, que el estado general de las enfermas es poco satisfactorio y que la depresión producida por el anestésico, las pone en condiciones muy favorables para sucumbir por el célebre *shok*, entidad mórbida que oculta, más de una vez, errores médicos que solo una investigación muy prolija y una perspicacia muy sutil podrían descubrir.

Este *shok* que nadie ha explicado satisfactoriamente y que por consiguiente no sabemos que es, en cambio lo que conocemos bien son sus consecuencias.

La sangre que las enfermas han perdido, los dolores deprimentes, la fiebre, la dieta á que han estado sometidos, la diarrea, en fin, la mayor ó menor intoxicación del organismo, cuando existe, son causas más que suficien-

tes para producir un estado general que contra indique de una manera formal el empleo de la anestesia.

Un ejemplo pondrá en evidencia lo que afirmo:

Observación V—Catalina B., italiana, casada, de treinta y cuatro años, ha tenido cinco hijos á término y con partos normales. Su último embarazo ha terminado con un aborto incompleto de tres á cuatro meses de tiempo. A los tres días de haberse producido el accidente fuí llamado para asistirla encontrando á la enferma en las siguientes condiciones: temperatura 39°, lengua saburral, cefalalgía frontal, 120 pulsaciones, vientre muy doloroso á la presión y algo timpanisado; no había tenido escalofríos pero sí diversos síncopes. Había perdido mucha sangre y la hemorragia continuaba.

El examen ginecológico medió el resultado siguiente: útero grande, cuello blando abierto y ocupado por una substancia de aspecto carnoso, blanda, de coloración violácea, lo que era la placenta.

Manifesté al esposo la gravedad del caso y la necesidad de una intervención enérgica y rápida, la que fué aceptada. Practiqué en seguida el *raspado* eficazmente ayudado por el malogrado Dr. Osvaldo Loudet y por el Dr. Názaro N. Gardeazabal. No hice uso de ningún anestésico limitándome á practicar una inyección de morfina. Diez días después, la enferma se encontró completamente restablecida.

Con pequeños variantes este es el estado general que presentan esta clase de enfermas y me parece que la prudencia indica la necesidad de abstenerse de toda anestesia, si no se quiere agravar la situación, ya no muy brillante.

Se sabe bien que sobre *diez* muertes por raspado en estos casos, *nueve* se han producido cuando se ha hecho uso de anestésicos, y principalmente del cloroformo.

Pero, aun sin tomar un caso de esta especie, basta la anemia aguda que se produce por la hemorragia, siempre abundante, en estas circunstancias, para contra indicar la anestesia general.

Insisto en repetir que nada es absoluto en medicina y al emitir las ideas que acabo de sostener, no pretendo que no haya casos en que puede hacerse uso de los anestésicos, sin más peligro que el que ofrece siempre la

anestesia en todas circunstancias. Así, en los casos en que el médico es llamado á atender á la enferma, en el momento de producirse el accidente, y cuando todavía el estado general no se ha deteriorado, puede hacer uso, sin temor, de la anestesia.

Pero, aun aquí, desde que el raspado es casi indoloro por las razones ya expuestas, si la enferma no es muy pusilámine, es siempre mejor no emplear la anestesia, para evitarle las molestias consiguientes.

Uno ó dos centígramos de clohídrato de morfina, en dos inyecciones hipodérmicas, hechas á intervalo de diez minutos, una cinco minutos antes de comenzar la operación y la otra durante ella, unido á un poco de sugestión al estado de vigilia (sugeriéndole que nada sentirá y diciéndole que solo se le va á hacer un lavaje dentro de la matriz) es lo que siempre he empleado, con éxito, en estos casos, para practicar un raspado casi indoloro. (1)

De lo expuesto, creo que puedo formular el principio siguiente que los ginecólogos novicios, sobre todo, deben tener bien presente:

EN LOS CASOS DE RASPADO POR ABORTO INCOMPLETO Y DESPUÉS DEL PARTO, DEBE EVITARSE LA ANESTESIA, POR SER GENERALMENTE INNECESARIA Y SOBRE TODO PELIGROSA. (2)

SEROTERAPIA DEL CARBUNCLO

Dos casos curados con el suero Méndez

El 26 de Enero ppdo. se presentaron al laboratorio de anti-toxinas los sujetos Juan Cruz, argentino de 40

(1) Se sabe que la morfina á pequeñas dósis es estimulante, luego no está aquí contra indicada, aunque el estado de la enferma no sea satisfactorio.

(2) En caso de tener que hacer uso de un anestésico debe darse la preferencia al *éter* por razones que expondremos más adelante.—N. del autor.

años y Francisco Barusia, italiano de 32, enviados por el médico de la Asistencia Pública doctor E. Cabral con el diagnóstico clínico de *carbunclo*. Ambos habían contraído la enfermedad desollando animales muertos de «la mancha» en una estancia vecina, donde existía la epizootia con una mortalidad de dos ó tres vacunos por día.

Uno y otro presentaban sobre el antebrazo izquierdo, á tres y cuatro traveses de dedo por encima de la articulación radio carpiana, la pústula, rodeada de flictenas, característica del carbunclo.

Antecedentes—«Al siguiente día del trabajo ya citado, 23 de Enero, ambos observaron en el sitio ya indicado del antebrazo, una mancha blanca con un punto negro central, que tenía el aspecto de una espina, sobre la cual sentían gran picazón». El 24 consultaron al médico de la localidad, quien diagnosticó *grano malo* en ambos; incindió las pústulas y las trató por antisépticos.

Al día siguiente, 25, los brazos amanecieron notablemente hinchados, doloridos, limitados los movimientos, la piel roja y caliente, y alrededor de una y otra pústula, sobre todo en Barusia, se empezaban á formar algunas flictenas.

Estado—Al llegar al laboratorio—día 26 á las 10 a. m.—Barusia tenía 40 grados de temperatura en el áxila opuesto al lado de la lesión, 140 pulsaciones, gran postración de fuerzas, tinte cianótico, el brazo hinchado hasta el hombro al doble del sano, la pústula rodeada de flictenas, algunas del tamaño de una almendra, infarto de los ganglios axilares, anorexia é insomnio. En el plasma sanguinolento de la pústula se encontró el bacilus antracis en cultivo puro.

Cruz, aunque menos grave que Barusia, presentaba síntomas semejantes. El brazo estaba menos hinchado, y alrededor de la pústula no se observaban más que tres flictenas pequeñas. Su temperatura era de 39 grados, su pulso de 155, se quejaba igualmente de anorexia, gran postración de fuerzas é insomnio, y según he podido observar más tarde, cuando el mal había pasado completamente, este hombre presentaba la facie terrosa de

las infecciones muy avanzadas. El infarto axilar era bastante apreciable. En el plasma de la pústula se encontró el bacilus antracis y algunos diplo-cocos.

Tratamiento—Se inyectaron á cada uno bajo la piel del abdómen 30 centímetros cúbicos del suero anti-carbuncloso del Dr. Julio Méndez, suero procedente de una mula fuertemente inmunizada mediante la vacuna preparada en este laboratorio.

Al día siguiente—27 de Enero 10 a. m.—se notó una lijera mejoría en el estado general de ambos enfermos y descenso de 1 grado de la temperatura y de 20 pulsaciones en Barusia, y de 1/2 grado y 5 pulsaciones en Cruz.

En consecuencia, y careciendo de un criterio escrito cualquiera sobre la dósis á inyectar de un suero que se usaba en aquel momento por la primera vez en América y apenas ensayado recientemente por el profesor Sclavo de Siena en Italia, como así mismo para asegurar el éxito de la prueba, se inyectó el doble de la dósis empleada el día anterior en cada uno de los enfermos, esto es, 60 centímetros cúbicos, y se recomendó en ambos su instalación en el Hospital San Roque, servicio del Dr. Méndez, donde el Dr. Honorio Leguizamón ha querido tener la deferencia de seguir observándolos.

Tomo del cuadro térmico llevado en su sala, las siguientes cifras que indican al mismo tiempo y con la más perfecta fidelidad la delineación que ha seguido el proceso mórbido.

Barusia—Enero 26 y subsiguientes, antes y pasado meridiano:—40, 39.5; 39, 38.5; 38, 37.5; 37, 36.5; 37.

Cruz—39, 38.5; 38, 38; 37.5, 37.

A los cuatro días de iniciado el tratamiento ambos enfermos habían recuperado el apetito, gran parte de las fuerzas y el sueño; el brazo se había deshinchado notablemente y pudo considerárseles fuera de todo peligro. A los siete días podían haber sido dados de alta en condición de continuar en su domicilio el tratamiento de las heridas ocasionadas por la ruptura de las numerosas flictenas. Actualmente ambos están sanos.

El tratamiento usado en la sala ha sido simplemente

defensivo de una infección secundaria por las soluciones de continuidad de la piel.

Estoy autorizado por el Dr. Leguizamón para dejar aquí constancia de que la curación obtenida en los presentes casos ha sido debida y exclusivamente á la aplicación del suero anti-carbuncloso del Dr. Julio Méndez.

Tal es, así mismo, mi opinión personal.

DR. J. LEMOS.
del laboratorio de anti-toxinas.

Buenos Aires, Febrero 14 de 1898.

TESIS DE 1897

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

26—GARDEAZABAL NARCISO.—*Miopatía primitiva progresiva.* —52 Páginas.

Las atrofias musculares son de origen miopático ó de origen mielopático. Los diversos tipos de miopatias progresivas tienen un conjunto de caracteres comunes que los acercan y prueban su identidad como pertenecientes á una misma especie mórbida. Los datos de la clínica, el cuadro sintomatológico y sobre todo las lesiones anátomo-patológicas demuestran que debemos hacer una descripción única de la miopatia primitiva, admitiendo á lo sumo tres variedades: la atrófica, la pseudohipertrófica y la mixta.

Tres observaciones detalladas constituyen el final de la tesis.

27—GIL PEDRO S.—*Miocarditis tífica.*—52 páginas.

Estudio de la etiología, sintomatología, anatomía patológica y tratamiento de la miocarditis tífica. G. se detiene sobretodo en el estudio de la embriocardia, cuya producción explica diciendo que la taquicardia abrevia el sistole y dismi-

nuye el gran silencio; la hipotensión produce un retardo del 2º ruido, debilitándolo en su intensidad y por lo tanto alarga el pequeño silencio y disminuye el grande y la hiposistolia debilita el 1er tono y alarga el pequeño silencio.

28—Godoy Angel.—*Gastro-enterostomía con los botones anastomóticos de Chaput, en la estrechez del piloro.*—32 páginas.

Exposición detallada y consideraciones sobre un caso de estrechez del piloro, probablemente de origen sifilítico, operado con éxito por el Dr. Masi. Se hizo una gastroenterostomía con el botón de Chaput, y una entero-enterostomía complementaria. A pesar del estado de extrema debilidad del enfermo, la operación fué coronada de un éxito rápido y tan completo que el enfermo, un coronel, pudo volver al servicio activo. El botón de la entero-enterostomía se eliminó á los trece días; el enfermo dice haber tenido á los veinte días la sensación de expulsar el segundo botón (de la gastro-enterostomía); no se ha podido constatar si efectivamente fué así.

29—Gómez Francisco J. - *La Erisipela.*—58 páginas.

Para el tratamiento prefiere G. pulverizaciones con ácido fénico al 3 % ó pomada ictiolada (20 gramos de ictiol en 80 gramos de lanolina). Para limitar la extensión de la placa se pone á poca distancia una buena capa de fenol sulfo-ricinado (30 por 70) que sirve de obstáculo á la propagación.

30—González Severo.—*Placenta previa.*—78 páginas.

G. estudia primero la etiología y sintomatología de la placenta previa; examina después las teorías que se han dado para explicar las hemorragias y termina eu trabajo con sus observaciones de placenta previa, de las cuales dos son previas centrales. En estas últimas perecieron madre y feto.

G. cree que el taponamiento que fué el tratamiento usado en sus observaciones es eficaz, tanto como hemostático que como excitante de las contracciones. La muerte de dos de las mujeres y cuatro de los niños ha sido debida al gravísimo estado en que entraron las mujeres. La versión combinada es uno de los métodos mejores.

31—Hansen Juan A.—*Alimentación de la primera infancia.*—84 páginas.

Para la lactancia artificial recomienda H. la leche de yegua sóla ó asociada á la leche de vaca.

La leche de yegua ha dado en el servicio del Dr. Centeno buenos resultados en el tratamiento de las dispepsias de origen gastro-intestinal, en las enteritis lientéricas crónicas y en las enteritis agudas con deposiciones relativamente frecuentes. El suero de leche de vaca es empleado por el Dr. Davel en las dispepsias crónicas, en las enterocolitis crónicas de larga duración, en las enteritis agudas ó subagudas que complican las enfermedades infecciosas y en las enteritis agudas con deposiciones muy fétidas abundantes. H. no cree que el Kefir tenga la amplia aplicación que le atribuyen algunos autores.

32—Lacasa Pastor F.—*Quistes hidatídicos del hígado; consideraciones sobre su tratamiento.*—60 páginas.

Lacasa llega á las conclusiones siguientes:

Para los quistes de pequeño volumen, univesiculares y fácilmente accesibles, debe emplearse la punción aspiratriz.

La punción seguida de inyección de líquidos antisépticos debe eliminarse por ser muy peligrosa.

En los quistes multiloculares de gran volumen, llenos de vesículas en que haya cirrosis ó cualquiera otra alteración del aparato biliar ó indicios de supuración, es prudente emplear la incisión ancha con drenaje.

En los casos en que los quistes se presentan con contenido claro y transparente, en que no haya adherencia y la membrana quística sea fácilmente disecable y cuando estemos seguros de una antisepsia perfecta, la extracción con sutura completa se impone.

33—Laspiur Roberto.—*El tratamiento post-operatorio de los enfermos quirúrgicos.*—154 páginas.

L. trata extensamente de las reglas más elementales que se siguen en la práctica diaria en el tratamiento de los operados. Mientras que casi todos los alumnos, al presentar su tésis, reconocen que como obra de principiante, adolece de

defectos, L. opina de distinto modo y nos presenta su trabajo—que es inferior á todos los analizados hasta ahora—« contribuyendo así, modestamente, al desarrollo de la medicina nacional ».

34—Lemos Rodolfo *Estrechez de la arteria pulmonar.*—58 páginas.

Estudio completo de la estrechez de la arteria pulmonar seguido de una observación detallada. L. no cree, como Dieulafoy, que la estrechez congénita sea siempre de origen inflamatorio; cree que debe ser considerada como debido á una falta de desarrollo.

35—Llames Massini J. C.—*El curetaje como tratamiento racional del aborto.*—74 páginas.

Debe intervenirse quirúrgicamente después de todo aborto que no haya sido efectuado en un solo tiempo. Es preferible el curetaje instrumental acompañado del tacto intrauterino al curetaje digital ó instrumental sólo. La anestesia es necesaria para la operación. Si el aborto ha sido mayor de cinco meses, se usará una cureta casi obtusa, fenestrada y ancha; si el aborto es menor, es indispensable usar curetas de bordes cortantes. Para la cauterización que sigue al raspado se pasará un algodón empapado en la sustancia empleada (tintura íodo, percloruro, glicerina creosotada, etc.) por la superficie cruenta, pero sin valerse de las jeringas para inyecciones, pues este procedimiento inspira temores á causa de los accidentes fulminantes á que ha dado origen.

36—Llobet Francisco.—*Tratamiento de los quistes hidáticos del hígado.*—76 páginas.

Llobet considera como mejor método operatorio para los quistes del hígado el de Andrés Llobet; consiste en incindir hasta llegar al quiste, vaciamiento de éste protegiendo el peritoneo y extracción de la membrana fértil.

Vaciado el saco periquístico completamente, se resecan sus paredes, si son excesivas, á un nivel tal que los bordes puedan unirse fácilmente á los labios de la herida abdominal por medio de una sutura contínua ó con puntos separadas (catgut). Se seca la cavidad con cuidado, cerrándola des-

pués completamente con la pared abdominal suturada. Los puntos de la pared deben ser colocados en dos planos, comprendiendo el primero los músculos y la pared del saco y el segundo la piel.

Los enfermos así operados curan en el espacio de 8 días Si se produce la infección ó la bilirragía no hay peligro, puesto que la fijación del saco á la pared abdominal impedirá que el pus ó la bilis se derramen en el peritoneo. En tal caso, bastará levantar dos ó tres puntos de sutura de la herida y separar sus labios para introducir un grueso tubo de drenaje por el que se harán grandes lavajes antisépticos. Estas complicaciones no tendrán entonces más inconveniente que el de alargar el tiempo de la curación.

Las siete observaciones que están al fin del trabajo demuestran que cinco veces se consiguió la cicatrización por primera intención en 8 á 10 días; en dos casos fué necesario abrir la sutura y drenar; los dos curaron en solo seis semanas.

37—Loudet Emilio.—*Ensayos de tuberculino-diagnosis.*—52 páginas.

L. estudia las propiedades químicas y la acción fisiológica de la tuberculina para referir después de los resultados obtenidos por él en la aplicación de la tuberculina como medio de diagnóstico, lo que él designa como «tuberculino-diagnosis».

En 7 casos seguramente no tuberculosos, no obtuvo reacción nunca; en 7 casos de afecciones francamente tuberculosas, la tuberculina ratificó el diagnóstico clínico; en 10 casos dudosos la tuberculina ha decidido unas veces positiva y otras negativamente; en fin, en tres casos de sífilis no se observó reacción.

38—Magnin Jorge V.—*Sobre algunas anomalías de la Taenia mediocanellata.*—64 páginas.

M. ha estudiado 5 ejemplares anómalos de esta taenia, coleccionados por el Dr. A. Güiraldes. Tres de ellas pertenecen á la variedad Taenia m. trifoliata, que según Bremser consiste en la resultante de la coalescencia de dos tenias; una pertenece á la variedad Taenia m. fenestrata; las perforaciones ó

ventanas son en su mayoría marginales y parecen debidas á la perforación del útero.

En fin, uno de los ejemplares presenta una variedad que no ha sido descrita todavía y que M. designa como Taenia m. mameloriada. En las proglotides de la parte media muestran en la cara ventral y dorsal una eminencia transversal, biconvexa y las convexidades laterales se unen entre sí por una lengüeta de menores dimensiones; las eminencias laterales se hacen más y más visibles á medida que el istmo unitivo desaparece y se independizan para formar dos eminencias ovalares situados á los lados de la línea media en ambas caras.

Las eminencias, al principio ovales, cambian de forma insensiblemente para luego transformarse en circulares formando dos mamelones. Los primeros anillos, antes de la aparición de las escrescencias anómalas tienen sus caras planas; en los últimos anillos los mamelones pierden la forma circular y se convierten en eminencias planas ovales anteroposteriores.

39—Maidagán José M.—*De la corea infantil.* (*Contribución al estudio de su etiología y patogenía*).—108 páginas.

M. se basa en su trabajo en 36 observaciones (18 de cada uno); 20 veces el reumatismo articular agudo ha precedido á la aparición de la corea; influenza una vez, sarampión dos veces, escarlatina dos veces, y una vez infección gastro-intestinal. M. opina que las teorías para explicar la corea (reumática, nerviosa é infecciosa), son pasibles todas de serias objecciones puesto que no explican por sí solas todos los fenómenos que acompañan á la corea. Una teoría mixta será necesaria en el estado actual de nuestros conocimientos.

40—Marouiller Luis.—*Intoxicación por las sales de plomo.* —118 páginas.

Estudio químico y fisiológico del plomo y de sus compuestos, de los síntomas y tratamiento de la intoxicación saturnina y de la investigación del plomo en el organismo; 6 observaciones de intoxicación crónica terminan el trabajo.

41—Matti Guillermo.—*Complicaciones y tratamiento de la corea infantil.*—60 páginas.

M. estudia las complicaciones cardiacas y psicopáticas de la corea. Para el tratamiento recomienda el arsénico.

LA SÍFILIS IGNORADA

Por el Profesor **A. Fournier**

(*Reforma médica Núm. 68. 1897*).

Quiero estudiar hoy con ustedes una serie de casos que seguramente no cuentan entre los más raros desde que durante las semanas pasadas he podido presentaros muchos parecidos en nuestro consultorio. Aludo á la *sífilis ignorada* y paso á explicar inmediatamente lo que quieren decir estas dos palabras, aparentemente tan en contradicción, afirmando la primera un diagnóstico que la segunda pone en duda. Un ejemplo: un enfermo, adulto, se presenta con lesiones del cutis y de los tegidos subyacentes, de tal aspecto que el diagnóstico de goma se impone á primera vista; el examen exacto de la lesión, la existencia de sinequias posteriores como signo de una iritis pasada, ú otros síntomas más ó menos significativos confirman nuestra idea; lo apoya también el éxito rápido obtenido con el tratamiento específico; sin embargo, este enfermo, á pesar de toda su buena voluntad para recordar y contestar la verdad, á pesar de la exactitud de nuestra indagación clínica, no nos da datos anamnésticos relativos á sífilis anterior, adquirida ó congénita.

Estamos entonces en presencia de un caso típico de *sífilis ignorada*; ignorada por el enfermo, descubierta por el médico, gracias á la evidencia de las manifestaciones terciarias. Pero si en lugar de las lesiones tegumentarias, el enfermo hubiera tenido una lesión profunda, del sistema nervioso, por ejemplo, de sintomatología puramente funcional, la sífilis, ignorada por el enfermo, quizá hubiera quedado oculta para el médico, desviando completamente su terapéutica. Dentro de poco insistiremos, bajo este punto de vista, sobre la importancia de la cuestión que nos ocupa.

Pero antes quiero exponeros que obyecciones se han hecho á la *sífilis ignorada* y como se puede contestarlas.

En primer lugar, se aducen los errores de diagnóstico. Pero, en verdad, el aspecto de lesiones, como glositis terciaria, gomas cutáneas y otras, es en muchos casos de sífilis ignorada demasiado característico para que médicos y sifilógrafos puedan dudar del diagnóstico. Por otro lado, el resultado del tratamiento específico se encarga de apoyar el diagnóstico.

En segundo lugar viene una obyección más seria, la que dice que los casos de *sífilis ignorada* son casos de *sífilis ocultada* por el enfermo. Ahora, si no es raro que el enfermo niegue la sífilis anterior, por razones múltiples, fáciles de imaginar, existen, sin embargo, numerosos casos de *sífilis ignorada* á pesar de toda la buena fe del enfermo y á pesar de encontrarse él en las mejores condiciones para poder y querer ayudar nuestra indagación anamnéstica. Basta citar los casos de médicos, sorprendidos de manifestaciones terciarias inesperadas, curables por el tratamiento específico y atribuídos generalmente á una infección accidental más ó menos remota y que ha quedado ignorada. Además, no se puede admitir la simulación en todos aquellos enfermos de consultorio que no tienen interés en mentir, que contestan sinceramente, que confiesan todos sus males y todos sus excesos, pero que contestan negativamente á cualquier punto de nuestro interrogatorio que pudiera indicarnos antecedentes específicos.

La tercera obyección, á pesar de estar formada por un argumento importantísimo, lejos de debilitar el concepto de la sífilis ignorada, lo fortalece y ensancha. Se ha dicho que estos casos pueden representar simplemente casos de sífilis hereditaria tardía. Es cierto que cuando un niño sobrevive á la sífilis hereditaria, los padres más tarde se abstienen de revelarle su pasado morboso y su tara hereditaria; cuando el niño, llegado á hombre, es atacado de manifestaciones tardías, no podrá ilustrar al médico sobre el origen de su enfermedad. Pero este caso entra justamente en la sífilis ignorada y seguramente no negaremos nosotros que hemos demostrado tantos casos de ello, la relativa frecuencia de las manifestaciones tardías hereditarias.

Tales casos, seguramente más raros, de sífilis congénita en-

tran en la categoría de la *sífilis ignorada,* ignorada por razones especiales. No vamos á insistir aquí sobre este punto, queriendo insistir solamente sobre la sífilis *adquirida* que ha quedado oculta para el enfermo hasta su completa evolución Solo añadiré, de paso, algunas palabras sobre la sífilis atávica, ó de tercera generación, para deciros que es más frecuente de lo que generalmente se cree *A priori* nada se opone á admitir que un heredo-sifilítico trasmita su tara congénita á sus hijos; puesto que, si se observan manifestaciones terciarias 30, 40 ó 50 años después de la infección, tal período de tiempo basta y sobra para unir la sífilis adquirida por un individuo joven, con la sífilis congénita de sus nietos. Además, hay observaciones rigurosas como las de Boeck (de Cristiania) que prueban perentoriamente el hecho.

Pero, la sífilis hereditaría tardía y la sífilis atávica solo representan una pequeña parte de la *sífilis ignorada* propiamente dicha, en la que el enfermo no presenta estigmas de sífilis congénita (sobre todo del fondo del ojo) ni datos anamnésticos relativos á ella, ni antecedentes específicos en los padres, etc.

La *sífilis ignorada* es mucho más frecuente de lo que se cree y lo demuestra así la unanimidad de los médicos de mucha clientela.

Para los especialistas el hecho es tan obvio que casi estamos acostumbrados á pasar rápidamente sobre la anamnesis cuando la lesión presenta caracteres más ó menos específicos. Mi exasistente Chaquet ha anotado en un espacio de menos de cinco meses 28 casos de enfermos recibidos en nuestras salas por manifestaciones terciarias irrefutables y que niegan, sin embargo, todo sifiloma inicial, todo sindroma secundario y todo sintoma de sífilis congénita. En mi estadística personal encuentro sobre 4142 casos de sífilis terciaria 193 casos en que falta todo accidente específico anterior. Más ó menos el 5 % de mis enfermos presentan, pues, *sífilis ignorada* y no habían aprovechado los beneficios del tratamiento específico si en el diagnóstico nos hubiéramos atenido absolutamente á los datos anamnésticos.

La frecuencia de la sífilis ignorada es mucho mayor en la

clientela de hospital, especialmente en las mujeres. La razón de esto se comprende fácilmente teniendo en cuenta que las clases acomodadas disponen de más tiempo y de más medios para vigilar y curar cualquier enfermedad por más insignificante que sea.

En cuanto á la diferencia de los sexos es natural que el hombre conozca más precoz y más completamente al enemigo á que lo exponen su pubertad y su vida libre, que él tiene menos razón para ignorar y ocultar al médico. La mujer, en cambio, ignora á menudo la sífilis contraída por la simple razón de que le es ocultada; el amante ó el marido, antes de presentarla, piden al médico que ahorre á la víctima una revelación que podría tener consecuencias bastante graves y la enferma es tratada entonces sin saber de qué, quizá antes que cualquier síntoma secundario pueda ponerla sobre la pista, y, en todo caso, bajo mil aseveraciones para suprimir toda sospecha.

En la estadística arriba mencionada, de los 4142 casos 3755 pertenecen al género masculino y 387 al femenino; entre los primeros hallamos 320 casos de sífilis ignorada y entre los segundos 73. Esto significa 3 % para el hombre y 18 á 19 % para la mujer. Chaquet en sus 28 casos encontró 22 homb es y 6 mujeres. La conclusión práctica es ésta: que entre 100 mujeres que se nos presentan con manifestaciones terciarias habrá más ó menos 18 ó 19, ó sea la quinta parte, que negarán sífilis anterior, desviándonos así, si no estuviéramos prevenidos, del diagnóstico exacto y del único tratamiento eficaz. En la práctica hospitalaria, repito, el hecho es mucho más frecuente.

¿Cuáles son los factores de la *sífilis ignorada*, las razones que explican este hecho clínico incontestable y tan frecuente? Las causas son múltiples y de orden diverso; las examinaremos rápidamente.

En primer lugar están los sifilomas extragenitales que representan el 7 á 10 %, siendo la sífilis la menos venérea de las enfermedades venéreas, si se me permite la expresión. En estos casos el enfermo no sospecha casi nunca que se halla sifilizado, á menudo deja de consultar un médico, deja curar

el sifiloma y pasar el síndroma secundario, sobre todo si estos accidentes son benignos, y más tarde se sorprende mucho cuando el médico le explica la naturaleza de las manifestaciones tardías y ayudando su memoria lo induce á reconstruir la historia de su sifilización. Así sucede en los casos de sifiloma de la boca ó del cuero cabelludo; con más razón en caso de sifiloma extragenital y de origen no venéreo, por contagio mediato, con objetos domésticos ó por contagio profesional en médicos ó parteras, ó por contagio de recién nacido á nodriza ó vice-versa. Un colega que me consultaba por lesiones cutáneas de naturaleza sospechosa, no halló, una vez que el diagnóstico se hizo irrefutable, otro antecedente á que referir su sifilización que una lesión de un dedo que él había considerado y curado en su juventud como tubérculo anatómico. Otro colega, en un caso análogo, recordaba solo una llaga rebelde en una amigdala que se había producido accidentalmente muchos años antes.

Un cierto número de casos de sífilis puede quedar ignorado porque sus manifestaciones pasan desapercibidas ó porque se desconoce su naturaleza.

Esto parece paradoxal, pero, sin embargo, es cierto como demuestran las consideraciones siguientes. ¿Cuál es la serie común de las manifestaciones sifilíticas? Un sifiloma inicial y después sífilis cutánea, rosecola, algunas placas mucosas, adenopatías, alopecía, cafálea, dolores osteócopos y articulares, quizá también iritis. Pues bien, el sifiloma puede ser pequeño, superficial, de evolución rápida; la rosecola pasa casi siempre desapercibida para el enfermo porque la sífilis cutánea no da prurito ni dolor; las placas mucosas de la boca pueden ser leves y atribuídas al abuso del tabaco ó ser consideradas como aftas ó angina vulgar y las placas anales como disturbios hemorroidarios; la adenopatía es constatada por el médico, pero jamás por el enfermo; la alopecia es, casi siempre, poco marcada y pasajera; la cefalea se toma por simple jaqueca, los dolores articulares por reumatismo, finalmente la iritis, si es leve y sin dolores es considerada como una conjuntivitis catarral. De tal modo todo el sindroma secundario

es recorrido sin alarma; más tarde el individuo podrá presentar un caso de *sífilis ignorada.*

La prueba de esto encontramos además en la frecuencia con que sucede que reconstruimos el sindroma secundario interrogando al enfermo sin que él afirme explícitamente una sífilis anterior; y también en los casos en que nos es dado sorprender el sindroma secundario en evolución, mientras que el enfermo venía á consultarnos por otra cosa. No hace mucho, vino á verme uno de mis amigos por dolores intercostales; lo invito á desnudarse para cerciorarme de que no se trate de un herpes zoster y con gran sorpresa hallo una rosecola típica en el tronco. Interrogo el enfermo, me niega la posibilidad de una infección alegando la fidelidad de su compañera de cama; insisto, examino, y en el surco balano prepucial, cerca del frenillo, constato un residuo de induración.

El enfermo había descuidado y olvidado completamente la pequeña erosión que había creído simplemente traumática.

En fin, á la *sífilis ignorada* contribuyen, sobre todo, los casos de sífilis benigna, de sindroma secundario pobre en manifestaciones, de manifestaciones ligeras ó frustras seguidas de largos intervalos de inmunidad. Estos casos son, no pocas veces, los más graves en el período terciario.

¿Cuáles son los peligros de la *sífilis ignorada?* Los de la sífilis no tratada.

Para darnos cuenta, examinemos que manifestaciones presenta la sífilis ignorada. En mi estadística, encuentro sobre 225 casos:

Sifílides tubérculo-ulcerosa 92.
Goma de la garganta, etc., 27.
Manifestaciones óseas y periósticas 24.
Gomas de sitio diverso 19.
Lesiones óseas del paladar y la nariz 17.
Glositis terciaria 13.
Sarcocele 7.
Lesiones ulcerosas del pene 4.
Fagedenismo 4.
Sífilis cerebral 8.
Sífilis medular 2.
Manifestaciones terciarias diversas 8.

De esta enumeración resulta que la sífilis ignorada puede ser causa de mutilaciones y cicatrices cutáneas deformantes, de necrosis ósea, de destrucción y atrofia de órganos, como del paladar, testículo, pene y causa no rara de parálisis general ó de otras afecciones nerviosas mortales.

El médico que sepa reconocer una lesión terciaria visible y tangible, como las del cutis, de las mucosas, del testículo evitará fácilmente tales catástrofes.

Pero las lesiones viscerales profundas que se substraen á la investigación directa, que sólo se revelan por síntomas funcionales, son quizá aquellas en que el diagnóstico etiológico sería más precioso y en las que la posibilidad de la *sífilis ignorada* no debe perderse de vista jamás.

Sífilis vascular del encéfalo y de la médula, diferenciada de entidades morbosas que revisten sindromas análogos, diagnóstico diferencial entre neoplasma propiamente dicho, del cerebro ó del hígado, ó goma de tales órganos son ejemplos de casos en los que la *sífilis ignorada* puede tener una importancia capital, sobre todo para el pronóstico. Es, á menudo, funesto para el enfermo, lo repito de nuevo que su mal no sea debido á sífilis.

En los documentos clínicos de la sífilis ignorada se inspiraron maestros de práctica larguísima acostumbrados á todas las dificultades del arte de curar y á todas las sorpresas de la clínica. Rayer decía, á menudo, en sus lecciones familiares: «es preciso tener en cuenta siempre la sífilis aun cuando no la hallamos en los antecedentes morbosos del enfermo; cuando no veo claro en un caso, sospecho siempre sífilis y muchas veces me he felicitado de haber insistido en el tratamiento específico». Ricord dice: «debiendo hacer el diagnóstico de la naturaleza de una lesión mal determinada ó sospechosa pensad siempre en la sífilis porque esta pícara indiscreta mete su nariz en todas las cosas».

Al trasmitiros estos valiosos preceptos debo añadir que el valor etiológico de la sífilis, gracias á la ciencia moderna, se ha hecho cada vez más extenso y preponderante. Cuántas ampliaciones en los dominios de la sífilis, especialmente de la visceral, en estos últimos lustros! Cuántas lesiones de los

ojos, de la laringe, del hígado, pulmones, riñones, arterias, corazón y especialmente del sistema nervioso han entrado en el campo de las manifestaciones sifilíticas, mientras que hace una veintena de años nadie pensaba en tales relaciones.

En pocas palabras, reasumimos. La sífilis, por razones múltiples y de naturaleza variada puede quedar completamente ignorada por el enfermo. Tales casos, de sífilis realmente ignorada y no de ocultada son en la práctica más frecuentes de lo que se creería *á priori*; son, sobre todo, frecuentes en la práctica hospitalaria y entre las mujeres. Exigir absolutamente para el diagnóstico de sífilis y para el criterio pronóstico y terapéutico que de ahí deriva, la existencia de datos anamnésticos, sería, pues, dar prueba de un rigorismo irracional y de ignorancia de las condiciones clínicas por las que puede atravesar la sífilis. En cierto número de casos, debe asentarse el diagnóstico basado en los signos objetivos de la lesión y de la posibilidad racional de referir á la sífilis el sindroma funcional y esto, á pesar de la ausencia de datos anamnésticos, á pesar de todo el silencio ó aun de las denegaciones del enfermo sobre sífilis anterior.

REVISTA DE LA PRENSA

La ley de Colles y el choque en retour.—FINGER.

Existe seguramente una herencia sifilítica puramente paternal y del mismo modo una herencia sifilítica puramente maternal. Esta última puede transmitirse al feto, sea por el óvulo (la demostración falta, pero el hecho se admite por analogía con la herencia paterna), sea después de la concepción, por la placenta (existen 48 observaciones precisas).

La presencia en el útero de una mujer sana de un feto engendrado por un padre sifilítico no queda generalmente sin acción sobre esta mujer; esta acción es variable.

1º La mujer puede hacerse sifilítica (sífilis concepcional, choque en retour). El pasaje del virus sifilítico del niño á

la madre á través de la placenta no está exactamente demostrado, pero se admite por analogía con lo que pasa para con el niño en la sífilis post-concepcional. Sin embargo, una parte de estos hechos puede ser considerada como sífilis producida por el esperma con accidente primitivo no constatable á causa de su sitio elevado en el útero ó en las trompas.

2º La mujer no se hace sifilítica, pero adquiere la inmunidad contra la sífilis (ley de Colles).

3º La mujer queda sana, pero no adquiere inmunidad; 21 observaciones demuestran que después de haber dado á luz un niño sifilítico, la mujer ha podido contraer sífilis, sea del niño sea de otra fuente. Esta cifra de excepciones de la ley de Colles es suficiente para que pueda preguntarse si no hay peligro en permitir á una madre sana que dé el pecho á su hijo, engendrado por un padre sifilítico.

Los hijos de padres sifilíticos, que han escapado á la sífilis son inmunes para esta enfermedad (ley de Profeta); pero existen excepciones indudables (15 casos) de esta ley. Esta inmunidad es independiente de la infección sifilítica y se explica por el pasaje de toxinas del organismo sifilítico al que no lo es.

No se sabe por qué en ciertos casos la placenta se deja atravesar tanto por el virus como por las toxinas y por qué en otros casos no se deja atravesar.

Síntomas precoces poco conocidos del tabes dorsalis.—V M. Bechterew.

Desde mucho tiempo atrás B. ha llamado la atención sobre el estado de los reflejos cutáneos, sobre todo del reflejo abdominal y epigástrico, así como sobre el estado de los reflejos patelares y aquilianos en la ataxia locomotriz. Los reflejos cutáneos quedan largo tiempo conservados en esta afección y aun están exagerados al principio cuando los reflejos tendinosos están ya abolidos en los miembros inferiores. Ostankow ha mostrado que la exageración de los reflejos cutáneos (abdominal y epigástrico) es bastante constante al principio del tabes. La combinación de los dos signos, abolición de los reflejos tendinosos y exageración de los reflejos cutáneos, en particular de los que acabamos de mencionar, tiene un

gran valor diagnóstico y podrá servir quizá á diferenciar el tabes inicial del pseudo-tabes.

Biernatsky notó que la percusión del nervio cubital detrás del codo no es dolorosa en muchos tabéticos y trató de determinar el valor diagnóstico de este signo que se observa también en la parálisis general, en los epilépticos después de la crisis; no es constante en los atáxicos. Sarbo ha insistido de nuevo sobre el valor diagnóstico de la analgesía del nervio cubital y peróneo en el tabes. Según B., el signo de Biernatsky es muy frecuente en los casos antiguos, pero falta á menudo al principio del tabes. En lugar de percutir el nervio cubital, basta comprimirlo con el dedo.

B. ha demostrado hace mucho que se puede comprimir en el vivo, no solamente el cubital y el peróneo, sino también el poplíteo en el hueco del mismo nombre, cuando la pierna está en semiflexión sobre el muslo; en esta posición también se puede percutir el nervio. Según las investigaciones de B., la analgesía del poplíteo sería todavía más constante en el tabes que la del nervio cubital y sería un signo más precoz que el signo de Biernatsky.

En fin, si se comprime con los dedos los músculos de los miembros inferiores, sobre todo el biceps, los gastro-onemios, etc., en estado de relajación, se provoca una sensación dolorosa. En los atáxicos, esta sensación es á menudo obtusa ó nula cuando se comprimen los músculos de las piernas y aun los del brazo. Este fenómeno se observa á veces al principio del tabes, cuando todavía no hay perturbaciones de la sensibilidad muscular ni perturbaciones de la sensibilidad cutánea.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Febrero 28 de 1898 Nº. 4

EL LIBRO DEL Dr. LLOBET

Continuación del juicio crítico y réplica

por el **Dr. Diógenes Decoud**

Yo tomé sobre mí la tarea de revelar lo que constituía el libro del Dr. Llobet, que no conocíamos sino por los desmesurados elogios de la prensa política. Esta obra me llenó de asombro, y se sabe que ha sido una sorpresa para todos.

Puesto que fuí el designado para cumplir esta penosa misión, la acepté como un deber de conciencia, diciendo con franqueza mi parecer, no animado por ninguna pasión: jamás había tenido ningún encuentro con el autor del libro, y creo no haberlo visto, ni aun al pasar, en los

últimos diez años. Estaba pues en condiciones de juzgar libremente, y así lo he hecho, sin extralimitarme, reduciéndome á la mención de los hechos y escaseando los comentarios deliberadamente. Las citas que transcribí indicaban con precisión la página del libro al cual correspondían, para que la comprobación fuera fácil.

Si han sido numerosas, si treinta páginas llené con extractos y reproducciones, cúlpese al libro. Fuí sobrio y benigno cuanto se puede ser, escaseando la crítica, y omitiendo la sátira á que muchas de esas cosas se prestaban, y cansado de un trabajo tan largo y que me hubiera conducido aun más lejos, suprimí la inserción de hechos aun más numerosos que los publicados y que conservaba entre mis apuntes, porque para mis demostraciones bastaba con lo dicho. Los que me hayan leído podrán justificar mi proceder, y si se recorre el libro tranquilamente, se verá que yo no fuí excesivo.

Hay algunos que en defensas anónimas no han hecho buen uso de su juicio al decir de esta obra elogios que no merece, y han llegado á recomendarlo á los estudiantes como texto de cirugía y á los médicos como modelo de práctica.

Creo más bien que los libros así no debían publicarse, porque exponen á diseminar ideas inexactas de la cirugía. Carlyle nos dice muy bien que ningún mortal tiene el derecho de mover la pluma sino para decir algo bueno. Las inútiles malezas y otros inútiles productos de la naturaleza se propagarían y llegarían á cubrir la faz entera de la tierra sino interviniera la previsión del hombre indignado armado de la hoz y del rastrillo.

Yo lo hice, creí haber terminado, y satisfecho de un deber cumplido, volví silencioso á mi vida de trabajo y de estudio. No debía durar. Si la manifestación cordial y espontánea del mayor número de mis colegas, me complacía, la defensa provocadora de unos pocos, la impugnación hiriente de otros, me obligaba á renovar la tarea suspendida,—y hago esta aclaración, para que no se crea que me empeño en una tenacidad cruel, que aunque buena en defensa de la comunidad y de la cirugía nacional, es evidentemente estéril para mí.

Por otra parte, he dado ya mi contingente y esto me autoriza á ser breve en esta parte, que conviene agregar

á lo anteriormente publicado, para hacer ver otra vez las incorrecciones, la manera de apreciar los hechos y la inconsecuencia del A. en sus propios dichos.

Es en la parte relacionada con los tumores malignos en que esta cualidad resalta particularmente. Es fácil ver en lo que va á leerse que las opiniones más terminantes son á cada vez cambiadas, porque el A. las vierte de distinto modo según la impresión del caso que observa ó que opera.

Grandes sarcomas del maxilar superior (ob. 234 y 235). Un muerto y otro con éxito operatorio. « El mal resultado del primer caso, dice, no fué sin embargo, un motivo para hacer variar mi opinión sobre la indicación y oportunidad operatoria de estos tumores » p. 54. Véase aquí el polo opuesto: ob. 249. Cáncer de la parótida; recidiva y muerte. « Convengo que en los tumores malignos de cierto desarrollo es casi imposible terminar la extirpación sin algún accidente desagradable » p. 76, y « considero hoy inútil la extracción radical porque la recidiva es cierta», p. 77.

A pesar de estas declaraciones tan terminantes, el A. da reglas para operar los cánceres avanzados de la lengua (p. 95), menciona casos en que la operación ya no tendría objeto como los de las obs. 258, 260 y 272 y varias otras de otras regiones, y para desdecirse de nuevo agrega más adelante « que la intervención es un poderoso estimulante que acelera la marcha del tumor, y vuelve más rápido el desenlace fatal » p. 727.

Podría objetarse que el A. para expresarse así necesitaba basar su opinión en la experiencia propia, pero cuando desde hace mucho ya no hay duda sobre la inoperabilidad de los tumores inoperables, no veo razón en apresurar la muerte del que va á morir.

Esto en cuanto á los casos avanzados. Por lo que se refiere á los que empiezan, he aquí la serie de contradicciones.

« Las recidivas son casi siempre inevitables » p. 83 y lo prueba diciendo que el cáncer de los labios, aun operado prematuramente, recidiva al poco tiempo, p. 84, por lo cual declara « que queda muy desanimado sobre el porvenir de los cancerosos » p. 84. Poco más ade-

lante pregona la operación completa en cuanto aparezca el nódulo, y « así, agrega, se tiene 90 % de *probabilidades* de escapar á la repululación del neoplasma », p. 93. Sin embargo, en la p. 501 dice que aunque ha obtenido éxitos más ó menos completos con recidivas más ó menos tardías, « todos sabemos que los sujetos operados por este género de afección están expuestos á la recidiva tarde ó temprano ». A cada capítulo el A. vierte de nuevo su parecer según el caso, y termina con la conclusión de que « si el estado local lo permite y la operación es factible se decida por la intervención », p. 728.

En un caso de cáncer uterino, dice que « no hizo la inyección de Dastre para evitar complicaciones del lado del riñón », (ob. 487). Sin embargo, aun con este temor le administró 60 gr. de cloroformo en sesenta minutos. La operada murió á las 48 horas, y el A. dice que « los dolores y el meteorismo que sufrió podían explicarse por el ópio administrado á altas dosis ». Véase qué serie de hechos: no le inyecta un centígramo de morfina para *evitar complicaciones renales*, y sin embargo, le da 60 gr. de cloroformo y ópio á alta dosis. Y luego el ópio es causa de los dolores! Siguen los síntomas y termina el A. diciendo que « *quizá* hubo infección por las pinzas que frotaron el neoplasma al pasar produciendo una peritonitis latente de *Verchon* ». A Verchère le llama Verchon en muchas partes de este libro, y también en la refutación que ha publicado en los A. del Dep. de Hig.

Opera un escirro del seno (ob. 280) que reopera nuevamente al cabo de tres años, con éxito persistente, pero no agrega ningún comentario. Sin embargo, algunas páginas después menciona un caso análogo en que á pesar de su opinión, la paciente fué operada por otro cirujano, con recidiva y muerte (ob. 284). Recién entonces el A. formula su opinión: « como la evolución del cáncer papiloso y del esquirro atrófico es muy lenta, el enfermo pasa años con este neoplasma: el cirujano debe por consecuencia abstenerse de toda intervención », p. 173. Pero esta fórmula que es ya muy antigua, no la tuvo presente para el caso que él operó.

Para disculpar el poco éxito que el A. ha tenido en la

terapéutica de los cánceres, dice que si las estadísticas de ultramar no son tan desfavorables, « es porque puede que en Europa el cáncer no tenga la misma virulencia y agudeza que aquí », p. 84. Este parecer pronto lo olvida el A. porque veo más adelante que dice: « El cáncer es el mismo proceso mórbido en todos los países, ofreciendo en todos y por doquier las mismas consecuencias funestas », p. 497. Lo cual no es exacto, porque si bien antes las recidivas alcanzaban á 95 por ciento (Billroth en 1876), hoy se tienen estadísticas precisas con 60 por ciento de curaciones que han pasado el plazo de Volkmann. (Rotter y Watson Cheyne en 1896).

No insisto más sobre estas contradicciones que se pueden encontrar sobre el mismo asunto en los diversos capítulos del libro, y sólo mencionaré esta nueva muestra del valor que el A. da á sus pareceres. « No soy partidario de la vía abdominal para extirpar los úteros cancerosos, porque la creo muy peligrosa, y *esta opinión es confirmada por las estadísticas de los otros operados*, p. 740. Sólo que, las estadísticas europeas son anteriores á la opinión del A. Es muy cómodo por otra parte, esta manera de tener opinión.

Ginecología.—En la metritis aguda el A. aconseja ópio al interior, reposo, fomentaciones y laxantes ó drásticos, p 741. Opio al interior y drásticos. No lo creo. El A. dice que una de las causas *más frecuentes* de la metritis del cuerpo y del cuello es la estrechez del cuello y se sirve para explorar de la bujía á bola; como tratamiento, si no da resultado la dilatación, aconseja el procedimiento de Pozzi. « Siempre me ha *satisfecho:* dice, es una operación fácil que no permite al canal cervical estrecharse y que deja libre pasaje al flujo catamenial »—y en el párrafo siguiente agrega: « Yo no puedo sin embargo emitir juicio definitivo, porque no he visto los resultados terapéuticos de este procedimiento » p. 743.

En el tratamiento de las metritis crónicas « los lápices de Chaumel al íodoformo, al *cloruro de zinc* y al nitrato de plata, constituyen una feliz idea, que me apresuro á aceptar », p. 748, pero luego agrega que « no es partidario de los cáusticos enérgicos, líquidos ó só-

lidos », p. 749, y más adelante no obstante, menciona una observación en que emplea las cauterizaciones intrauterinas con solución de cloruro de zinc, p. 762. Se sabe que este cáustico es de los más enérgicos y el que ha determinado mayor número de accidentes en la terapéutica uterina. Emplea además los óvulos de Chaumel « á causa de la comodidad de su aplicación », sin pensar que lo que gana en comodidad lo pierde en eficacia.

Aunque el A. reconoce « que á los fondos de saco glandulares incumbe la función de renovación del epitelio intrauterino », aconseja que el raspado no arrastre *sino el epitelio superficial* (?) porque los raspados llevados hasta el parénquima tienen el inconveniente de esclerosar las superficies, p. 750. No tema el distinguido colega: esos fondos de saco penetran hasta en las fibras musculares y una parte del corión mucoso resiste á los raspados más enérgicos. Se entiende que esto cuando se raspa y no cuando se corta con cureta cortante, en lo cual no habría objeto; que por lo demás no hay mano capaz de arrastrar solamente el epitelio superficial! El A. no emplea más desde hace dos años ninguna clase de gasa después del raspado, « porque favorece á menudo la infección de la cavidad uterina », p. 750. Sin embargo, después de esa fecha lo usa en la histerectomía vaginal, (ob. 512), en las fístulas recto-vaginales, (ob. 524), etc. Para la dilatación del cuello el A. se sirve solamente de la laminaria: no menciona otro procedimiento, aunque la laminaria sea lo que menos se usa hoy en ginecología.

« Cuando se practica el curetaje, si se constata desgarraduras se puede recurrir á la operación de Emmet », p. 750. El A. se expone en este caso á encerrar el lobo en el corral, según la expresión de Pozzi. Cree también que esa operación es para las desgarraduras unilaterales y la de Schroder para las bilaterales. Permítame esta ligera observación: la traquelorrafia no se emplea sino en las desgarraduras cicatrizadas, y no cuando la mucosa está alterada, como cuando se practica el curetaje á que hace referencia al comienzo de este párrafo.

En las salpingitis agudas el A. dice que el tratamiento médico y el *curetaje* es generalmente suficiente. El tratamiento médico, está bien: en cuanto al curetaje es

seguro que el A. haría mejor en evitarlo. Aconseja la operación de Lawson Tait en el *hidrosalpinx*, en el hematosalpiux, en *todas las formas* de piosalpinx, en las ovaritis quísticas crónicas y en la periovaritis, p. 755. Cree que los dolores que á veces continúan después de esta operación «*dependen del estado neurasténico del sujeto*». Más adelante el A. contradice su anterior opinión y dice que «en las salpingitis purulentas de golpe y en el *hidrosalpiux* no hay que ser tan radical y que se debe tener confianza en los medios médicos y de pequeña cirugía», p. 770.

En los hematoceles pelvianos el A. todavía usa la denominación muy antigua de trombus, p. 774,6.

Quistes y tumores del ovario.—El A. *opina como Lawson Tait*, que se debe operar prematuramente los quistes del ovario. «Se impide así, dice, la degenerescencia de los quistes, y se saca prematuramente tumores cancerosos, sarcomatosos y fibro-sarcomatosos que al desarrollarse traerían la muerte de los sujetos», p. 681.

¿Podría probar el A. cuándo ha visto degenerescencia sarcomatosa ó fibro-sarcomatosa de los quistes del ovario? Dice que la técnica de la ovariotomía es tan sencilla, que es inútil repetirla; sin embargo la describe en la pág. 689, en la ob. 475 y minuciosamente en la siguiente (ob. 476).

(Ob. 479). Quiste parovariano. El cirujano extrae el líquido y agrega: «Al introducir la mano en la cavidad del quiste, se tenía la impresión de encontrarse *en pleno abdomen, salvo que esta estaba desprovista de intestino y de los otros órganos de la región*». ¡Notable el parecido!

En los quistes del ligamento ancho, el A. aconseja, no la enucleación sino la extirpación. En el caso que refiere (ob. 483) en una mujer con ovarios sanos, refiere la operación que en realidad consistió en resecar y suturar el saco después de vaciarlo, *incluyendo las trompas y dejando los ovarios.*

Reconozco que esto es más cómodo, pero la enucleación que es el método de elección, le hubiera evitado extraer las trompas, dejando los ovarios!

En un quiste parovariano opera y extrae dos litros de pus: la enferma muere. «Este líquido purulento, dice,

se explica por los abortos repetidos que ha tenido *el sujeto*, que es una de las causas de este cambio, *al mismo título que el embarazo normal*», p. 699. Difícil encontrar la relación de causa á efecto entre los *abortos simples y el embarazo normal* con la supuración de un quiste del ligamento ancho!

El A., que aconseja la operación en las lesiones de las trompas que acabo de mencionar y que es tan radical en los quistes del ovario por temor á la degenerescencia cancerosa y *sarcomatosa*, no lo es más tratándose de los fibromas.

Considera la intervención grave y no los opera, sino cuando determinan accidentes peligrosos de vecindad ó cuando degeneran; pero si fuera consecuente con el temor que le inspiran los quistes, debía temer aun más los fibromas, que son susceptibles de muchas más complicaciones y transformaciones. Pean, á quien el A. tanto menciona, va hasta afirmar que los fibromas del útero, recidivan bajo la forma de sarcomas, y que las complicaciones de estos tumores, son tan graves y frecuentes, que es mejor no esperar que se produzcan. El mismo Llobet llama la atención muy especialmente sobre las alteraciones del miocardio en estos tumores, sobre todo cuando hay pérdidas sanguíneas.

En cuanto á la gravedad de la intervención no habría por qué alarmarse: la mortalidad no es para Pean sino de 2 % (1894); Richelot no menciona sino 1 muerto en 43 histerectomías por fibroma (1895) y son conocidos los admirables resultados aquí obtenidos. El A. prefiere la operación de Battey y la aconseja aun para los *fibromas submucosos*. Publica un caso en que no logró sino la suspensión temporaria de la hemerragia viéndose obligado después á la miomectomía. En los fibromas intesticiales considera la castración ovariana como la más inofensiva y *la más eficaz* (?)

Con todo, ha practicado algunas histerectomías totales, pero de un modo no común. En una (ob. 508) empezó por el abdomen, separó el útero con los anexos y tumores adherentes, *ligó las dos uterinas*, y pasó luego á la vía vaginal *para librar los fondos de saco*, «lo cual le fué difícil, porque no habiendo tenido hijos la enferma, el conducto vaginal era muy estrecho». Una

vez terminada esta parte volvió de nuevo á la cavidad abdominal para asegurarse que no había hemorragia y hacer un lavaje antiséptico. « Lo que me da la convicción, dice, que el cirujano no puede obrar siguiendo planes determinados ». Y con esta deducción, en que el A. se revela persuadido de la impunidad de tantas manipulaciones, emprendió otra operación análoga: « el procedimiento que empleé al principio, dice, fué el Doyen: en la mitad de la intervención el morcellement, y al fin el de Pean, ó extracción del cuello por la vagina ». La enferma murió, pero con esta particularidad: « Los dos primeros días, dice, pasaron sin *ningún incidente*: temimos, sin embargo, perder la operada por causa del shok », ob. 509. En el silencio elocuente del shok, no había en efecto otra manera de pasar sin incidente!

El autor ha modificado el procedimiento de histerectomía total, no cortando las inserciones del cuello en la vagina, sino dejando un delgado anillo del cuello uterino que deja sin suturar. En un caso en que así procedió, vió á la operada algún tiempo después, « y el tacto permitía sentir el cuello, como si el útero aun existiera », p. 808. ¡Muy buen tacto!

En las retroversiones ó retroflexiones aconseja « la posición genu-pectoral y la dilatación de la vagina, durante una ó dos horas ». Pero este consejo debe ser poco práctico, porque el A. dice en el párrafo siguiente. « que las enfermas no soportan la posición genu-pectoral más de 15 á 30 minutos », p. 814.

En las fístulas vesico-vaginales procede muy bien disecando la mucosa vaginal que separa de la vesical para suturar en seguida en dos planos. Insiste luego sobre la técnica preparatoria y es muy minucioso en los detalles, al punto de decir que « *si hay* pelos en la vulva hay que afeitarlos », (*s'il y a des poils sur la vulve il faut les raser*), p. 829 (1). Considera esta intervención muy ingrata y que por lo general hay que hacer dos y más operaciones antes de obtener la curación completa. En una operación de fístula recto-vaginal, una inyección coloreada hecha por el recto no

(1) Me veo obligado á estas transcripciones, porque es difícil convencerse que ésta y otras cosas análogas hayan sido concebidas y escritas.

pasaba más á la vagina, lo que indicaba, dice, la oclusión perfecta de la antigua fístula, p. 838. A mí se me ocurre que también podía indicar que el líquido seguía ascendiendo por el recto.

El libro termina con un breve capítulo sobre las desgarraduras del periné. «*No describiré en detalle* los diversos procedimientos, dice el A., que todos pueden encontrar en las obras didácticas, *aunque* en el curso de mis observaciones se encuentran la mayor parte desarrollados *muy minuciosamente* », p. 840.

Suspendo de nuevo aquí esta revista crítica. He abreviado cuanto ha sido posible, y aun así lo ya dicho ha sido demasiado.

Dejo sin análisis el capítulo sobre las tuberculosis, sobre el que habría tanto que observar; pero no dejaré sin mencionar que el A. confunde la tuberculosis ósea, con la osteomielitis de otro origen. Si bien él mismo reconoce que las epífisis son el sitio de elección de la tuberculosis, describe sin embargo, una osteomielitis tuberculosa de la diáfisis femoral, con secuestros (ob. 128), y dos muy extensas de la diáfisis tibial (ob. 98 y 129), que curaron en muy poco tiempo. Yo no dudo que curaron, pero sería muy difícil demostrar que esas lesiones eran tuberculosas, porque en realidad no existen en las diáfisis de los huesos largos. El A. lleva su error hasta creer que la tuberculosis en las diáfisis puede ser muy extensa, dolorosa y difusa, y aconseja trepanar de golpe, p. 369. Es evidente la confusión del A. con las osteomielitis infecciosas, no tuberculosas, y revela un conocimiento muy superficial sobre este punto, que no se justificaría ni en un alumno de cuarto año.

Yo hice obra sincera y espontánea al señalar las incorrecciones y los errores de este libro del Dr. Llobet, que acababa de publicarse. En este tiempo la sinceridad es un pecado, por lo menos siempre se la desconoce: hay necesidad de estar muy convencido, ser muy

limpio y tener mucho valor para decir la verdad. Yo no vacilé en llenar mi cometido, y esto me ha valido una diatriba de parte del Sr. Groussac.

Sorprende desde luego que en una revista consagrada á estudios históricos y literarios, se dedique una gran parte del boletín bibliográfico al análisis de trabajos de cirugía, y esto por el mismo Director de la Revista, completamente ajeno á esta ciencia. El Sr. Groussac se empeña en justificar la oportunidad de su juicio y trata de llevar el convencimiento de que procede con espontaneidad.

Pero esta velada insistencia en justificar su actitud, el hecho de que este implacable vapuleador de toda producción literaria se convierta por primera vez en defensor, precisamente de una obra que no entiende, y el tono agresivo que no se aviene con un asunto que había sido discutido con elevación y dignidad, son bastantes para despertar la sospecha. Y al desempeñar su papel, adopta el aire grave de aquel que va á discutir cosas serias. Snobismo puro!

En realidad, no hay tal espontaneidad. Los puntos de su defensa se repetían ya días antes de la aparición de la Biblioteca en las antesalas del Departamento de Higiene. Lo que no importa para que hayan sido bien presentados, con más argucias que argumentos, con un esfuerzo visible que demuestra más habilidad que talento,—y es una de las cosas tristes de esta vida, estas exigencias que obligan á un talento sin carácter á tener que ser hábil!

Que no es así. Concedo. Admito que haya querido proceder por su cuenta, guiado por su buen sentido para juzgar un trabajo científico. Pero el criterio es una facultad convencional, y el buen sentido, demasiado humano, para que por sí sólo baste para remontarse á esferas desconocidas. Yo creo que más vale el sentido común, «el menos común de todos los sentidos», admirable en el buen Bertoldo, que reconocía sus puntos débiles y los sitios inaccesibles á que no debía atreverse.

Pues este Mirandola, al encontrar un libro que acaba de morir, no puede menos que apalearlo á su vez, y sin consuelo por no haber sido el matador, la emprende contra éste, y luego lava como humilde servidor, las

heridas del muerto! Hubiera sido esta sóla toda su tarea y se hubiera congraciado mejor: es incalculable el mérito de aquél que sabe dónde poner punto final. Pero el Sr. Groussac continúa, y al impugnarme hace tergiversaciones y citas descaradamente falsas.

Sin duda yo omití una sílaba al decir que «la obra comprende monografías completas», cuando el A. dice claramente que «no está formada de monografías completas».—pero esta omisión involuntaria no tiene mayor importancia, ni con respecto al libro, ni por lo que se refiere á la crítica, que pesa de muy distinto modo.

Que yo uso alguna palabra anticuada, que digo acto á la cuarta parte de la tragedia griega, que son 1500 y no 1600 páginas! No es como para indignarse tanto. Lo que puede admirar es el aplomo de un hombre de talento, al decir cosas que hacen contraer los risorios de Santorini.

Esos gruesos tomos de Pean que menciona como ejemplo, no creo que nadie los haya leído y puedo afirmar que jamás autor alguno los ha citado en trabajos científicos.

Yo dije que el A. ignoraba que el procedimiento de Wilde consistía en incindir y no en trepanar, y el Sr. Groussac pretendiendo demostrar la inexactitud de mi afirmación transcribe una sola línea del texto, que dice: *Je prefère le procédé de Wilde, c'est a dire une incision*... pero si hubiera seguido transcribiendo, hubiera visto que continúa así: *pratiquée à un centimètre en arrière du pavillon pour eviter la blessure du sinus lateral.* Aun así, responderá el Sr. Groussac:—¡Es justamente la confirmación!... Porque él ignora que para evitar el seno lateral hay que trepanar. ¡Oh! *¡le gros bon sens*!

Dice el Sr. Groussac: «El crítico no respeta las mismas estadísticas que pone en duda, á pesar de ser transcritas de registros oficiales y muchas de ellas confirmadas por tesis inaugurales que he tenido curiosidad de recorrer—sin omitir la del mismo señor Decoud».

Todos saben que mi tesis versó sobre la *Tuberculina*, donde no se menciona ni una vez el nombre del Dr. Llobet y jamás he citado otra estadística de ese señor, que la que se refiere á siete quistes del hígado. Las

otras tesis, según la referencia del mismo autor, he aquí lo que mencionan:

1886.—J. Rojo; observaciones clínicas: menciona 3 resecciones y 1 hidrocele.—1886, J. Caldumbide: La hernia en los niños.—1889, J. Beruti: La artritis tuberculosa.—1881, C. Ferreyra: Los quistes abdominales, 6 quistes del hígado.—1891, A. Ballesteros: menciona 6 casos de artritis tuberculosa.—1891, P. Lacavera: 2 enterectomías.—A. Masi: 10 quistes hidatídicos.—1894, Dus Calderón: 8 intervenciones craneanas. —F. Robles: 4 apendicitis.—1882, San Germes: 4 salpingo-ovaritis.—1893, V. Nico: fístulas del ano.—M. Zabaleta: cirugía del raquis, 11 intervenciones.—1895, F. Ferrari: 1 de peritonitis tuberculosa.—1896, F. López Figueroa: menciona varios casos de fractura tratados por el masaje en el servicio del Dr. Decoud y 4 personalmente en el Hospital Rawson.—1894, P. Barbieri: 2 colecistotomías.—E. Ocampo: 10 coprotripsias.—1897, F. Llobet: 7 quistes del hígado.

En cuanto á los registros oficiales aquí están las cifras:

En 1885, 9 operaciones con 1 muerto y 1 mejorado (Memoria de Ramos Mejía); en 1886, 47 operaciones con 4 muertos, (Memoria de Revilla). En 1887, 27 op. con 4 muertos, (Memoria de Hunt). En 1888 y 1889, las memorias del Director del Hospital Mixto no mencionan estadística de operaciones, probablemente con motivo del viaje del cirujano á Europa. En 1888 hubieron 67 asistidos y en 1889, 509, de los cuales quiero suponer que por lo menos una mitad fueron operados, y por el Dr. Llobet, á pesar de su ausencia en Europa: son 288. Desde Septiembre del 90 á Agosto del 92, 294 op. con 24 muertos y 11 id por enfermedades intercurrentes (Memoria Municipal). En 1893, 145 op. con 38 mejorados y 9 muertos, (Memoria Municipal). Otra publicación (Anales de Higiene, p. 1277, 1893) publica una estadística del Dr. Llobet de las operaciones de 1892 que llegan á un total de 82, inclusive abscesos y uñas encarnadas con 14 muertos. La agrego á la anterior, á pesar de estar ya incluída. Total desde el 85 al 93 inclusive 792 operaciones con 67 muertos. El A. dice en su obra que ha hecho 5900 operaciones con uno por ciento de mortalidad, es decir, un total de 50. En 1893 este número ya era excedido).

Las estadísticas que aparecen en las memorias del Hospital Rawson de los años siguientes son deficientes, en cuanto á

los detalles, y las cifras de la mortalidad están englobadas con la de los otros servicios. Por eso estas últimas no las tomo en cuenta.

En 1894 figuran 185 operados; en 1895, 147; en 1896, no se detallan; pero calculando con exceso serían 400. En 1897, el total de los operados en los diversos servicios del Hospital fueron 788, y quiero creer que todos lo fueron por el Dr. Llobet. Total desde 1884 á 1897: 2312, con todas las concesiones mencionadas incluyendo las operaciones de muy poco valor. Falta aun más de la mitad para completar el total de cinco mil á que se refiere el A.

El A. dice que ha operado más de 200 hernias. Veamos los registros oficiales: En 1886, 3 kelotomías; en 1887, 10 hernias; en 1888, dos; en 1889, nueve; en 1890, once; en 1891 y 1892 hubieron 57 operados del abdomen, de los que al menos 30 concedo que hayan sido de hernia; en 1893, 6 hernias, de las cuales 2 simple taxis; en 1894, 7 hernias; en 1895, 5; en 1896, 28 hernias; en 1897, 28. Pues contando las quelotomías, taxis, año ausente del A., etc., forman un total de 139.

Las tesis que ha citado, están muy lejos de mencionar los 68 quistes del ovario, con sólo 3 muertos (p. 703); 74 histerectomías por cáncer, con 2 muertos (p. 734); y 84 quistes del hígado (p. 449) á que se refiere el Dr. Llobet sin hacer alusión á los registros oficiales que comprueban esas cifras, y que el Sr. Groussac ha visto! Estas operaciones son por otra parte poco frecuentes en la práctica civil. El A. haría alto honor á sus dichos, justificando debidamente sus estadísticas, ya que se ha querido de presentar esta cuestión de la probidad científica.

Como la tesis mía que ha recorrido, como las tesis y registros oficiales que confirman las estadísticas del A. así son los engaños de este literato.

En la discusión de mis apreciaciones yo no podría seguirlo, sin descender á compartir en pleno diletantismo. ¡Qué valor tiene al decir, gravemente, conceptos disparatados, en frase inflada, á veces elegante, y también grosera!

Otro artículo ha sido recién publicado en los Anales del Departamento de Higiene. Es un estudio de comprobación que el autor del libro se ha esmerado en hacer; pero no se puede negar que contiene algo propio del articulista que lo firma, sobre todo en la parte histórica y gramatical: esa cita de Erostrato, es de mucho chiste,—y encuentro muy comunicativa su magnífica indignación por mis «períodos gramaticales y mis oraciones truncas *ya sin sujeto, ya sin complemento*».

La parte de comprobación está muy bien, tanto que con su publicación, me evita una tarea que yo iba á emprender.

Esta comprobación del A. es doblemente interesante, porque nos descubre hechos nuevos y explica otros. «Evita la inyección de Dastre, dice, porque á más de la morfina, contiene atropina, *lo que la hace doblemente depresiva*». Y sin embargo, es bien sabido que la atropina es excitante del cerebro y del centro vaso-motor, eleva la presión sanguínea, etc. De las hemorragias capilares decía: *Ces hemorragies s'arrêtent généralment avec un peu d'eau chaude à 70 à l'aide de la compresse éponge ou d'un morceau de gaze antiseptique ou aseptique*, p. 51. Ahora dice que esta agua á 70 grados «es incapaz de producir nada grave». Que no haga la prueba con su propio brazo!

Yo había creído en un principio que esto de los 70 grados había sido un error de imprenta, pero ahora me convenzo que es idea real del autor, y probablemente también será así lo de fomentaciones de sublimado al 4 por mil (p. 94) y los lavajes de la vajina con bicloruro *á uno por ciento!!* t. 2º, p. 781. Estas cosas no están corregidas en la fe de erratas. «El forúnculo como manifestación cutánea de una afección general con reproducción de toxinas en el intestino», es según el mismo, copia textual de Troussart, *Terapéutica antiséptica*, p. 161. Pero el autor lo había dicho como cosa propia. Branderismo! Por lo demás no confunda el A. la forunculosis, enfermedad médica, con el forúnculo, lesión local, quirúrgica.

Que no ha visto curar *muchas* sino *algunas* heridas punzantes y cortantes del corazón. Es cierto; pido ex-

cusas por mi error. Pero algunas, serían por lo menos dos punzantes y dos cortantes: y ya que sanaron, bien valía la pena de haberlas descrito, porque no basta ver para creer en estos casos tan extraordinarios. Y aquí se trata de *cuatro* heridas del corazón, curadas!

En cuanto al taponamiento del corazón, tampoco es del A., en lo cual lo felicito, y hace muy bien en descargar todo el peso de esa enormidad en Chalot:—con la diferencia que el A. lo decía y aconsejaba sin reticencias y como de cuenta propia, mientras que Chalot dice: «*Quizá, en el porvenir*», y se refiere á la sutura del músculo y á taponar la herida externa y no al corazón. Eso no podrá ocurrir nunca, ni quizá, ni en el porvenir, porque es en vano: el corazón humano jamás se dejará taponar!

El A. me hubiese hecho mucho bien en extender más su trabajo de comprobación. Hubiéramos podido ver entonces cómo explica la experiencia de organización de los coágulos sanguíneos, y los fracasos en el procedimiento de Macewen, «en que el muñón supura á causa del esfacelo»; cual fué la razón de operar una aneurisma de la ilíaca externa en una mujer que tenía otra de la aorta abdominal y otra de la aorta torácica; por que da cloral en un cardiaco para atenuar la acción del cloroformo; la aclaración de esos diagnósticos de colapsus, shok, síncope, coprohemia, asistolia, en operados que según los síntomas bien claros (meteorismo, dolor abdominal, fiebre, aceleración del pulso), corresponden á la peritonitis, y cien hechos análogos que he mencionado en mi primer artículo. Comprendo que estos casos no pueden ser debidamente discutidos en nuestras revistas, y seguramente tendría más interés en alguna velada de nuestras sociedades médicas, con palabras tranquilas, sensatas y persuasivas.

El firmante por su parte, ha desempeñado muy noble tarea. El derecho de defensa es el más imprescriptible de los derechos, y aunque la causa sea ingrata, la tarea se compensa con la satisfacción propia. Sólo que, el articulista en su entusiasmo para demostrar la veracidad de una teoría, ha llegado hasta descubrir que su ofendido presentó como propio un párrafo copiado literalmente de otro autor. Eso es ser probo! Que sea siempre

así y no tenga más necesidad de llevar esta cuestión á un terreno que yo he eludido limitándome al estudio del libro.

Non ragionar di lor.

En el movimiento de nuestras sociedades, es un mal la debilidad. Vemos en efecto la tendencia al consensus, la idea de aceptar los hechos como una novedad, y no el espíritu de discutirlos en su esencia. Comprendo que muchas cosas pueden ser oídas en silencio, que conviene disimular los pequeños defectos de los otros, las omisiones involuntarias, los esfuerzos modestos del trabajador que comienza.

El caso de que me ocupo no está en esas excepciones: no se trata del que recién se inicia, y hay derecho á ser exigente con el que tanto pregona su criterio y su experiencia personal. En la confección de este libro el A. ha demorado más de tres años, ha podido depurarlo cuidadosamente en tres traducciones sucesivas, y después de esta larga gestación ha aparecido al fin, tal como es, reflejando todo su saber y toda su práctica.

Lo que pensó y lo que hizo, ahí queda, referido y escrito. Desgraciadamente su defensa es por demás difícil. Por mucho que se esté prevenido en favor del A. no se podrá menos de reconocer que esterioriza su saber de un modo muy limitado, que la práctica no le ha enseñado, que no está al corriente del movimiento científico. La falta de plan y de unidad, la lógica cándida de sus deducciones, las cifras no comprobadas, las contradicciones más inexplicables y las incorrecciones de estilo y de interpretación, son tan numerosas que en vano se intentaría excusarlas. Y es un libro de estas condiciones el que ha venido en tren de combate buscando lectores en el idioma más universal. No debía pasar indiferente.

Siempre recibo complacido un libro nuevo: es un esfuerzo que yo admiro; hoy un rayo más de luz va á penetrar en mi cerebro. Acaso tenga errores: todos lo

tienen sin duda, aunque sólo en cierto grado, que se disimulan ante las bellezas del conjunto. Pero si esos errores constituyen la masa entera, no debemos declinar de nuestras convicciones, inclinándonos con un consentimiento pasivo,—y es honorable decirlo, probándolo en bien de todos.

Hay muchos, débiles, mediocres, que tienen empeño en conformarse con las exterioridades, en hacer causa común con la numerosa multitud que se deja llevar tranquilamente por la corriente. En medio de ese abandono existe un fondo de egoísmo: hay entre ellos, algunos, que más afanosos de la notoriedad, tienen también á veces la veleidad de describir hazañas, de publicar escritos, en un folleto, en un volumen, ser al fin autores y recibir envanecidos el fallo pomposo de la prensa local. El tiempo pasa, el libro queda,—y en la vorájine de esta vida en que todos se precipitan tras un objetivo por caminos distintos,—ó por la cobardía de los unos, ó por la indiferencia de los otros, sigue consagrado, garantido por el secreto providencial de una escasa circulación. Después ya nadie se preocupa en volver atrás para dirigirle una mirada, y por lo menos ha contribuído al éxito de una mistificación. Son éstos los que se empeñan en encomiar servilmente lo que se escribe, en dejar libre el paso al que trata de avanzar sólo á golpes de tambor,—y por eso, en el grupo que necesita unidad para mantenerse, se afanan tanto en prodigarse alabanzas, y se estremecen al oir una voz sincera.

En todos los tiempos y en todos los países el libro bueno se admira, se conserva y sobrevive. Es un timbre de gloria el libro que refleja la inteligencia en cualquiera de sus manifestaciones. Aquí los han habido, siguen publicándose. Representan una parte brillante de la producción nacional. Alabémoslos, glorifiquémoslos, que constituyen un timbre de orgullo legítimo. Pero no sería justo aplaudir indistintamente todo lo que se produce.

Aquí, en este período brillante de desenvolvimiento, son otras las manifestaciones de actividad que más brillan: es el comercio, la industria, y seguramente ningún otro país de la tierra más fecundo para la agricultura y

la ganadería. La producción inmensa constituye una riqueza sin igual; las razas de la ganadería se mejoran, y por doquier, los premios de gobiernos y sociedades favorecen su desarrollo, con todo entusiasmo. Esto es digno y yo también agrego mis aplausos calurosos.

Pero he aquí que un buen día, en la placidez del otoño, siendo yo Secretario de la Sociedad Rural Argentina, en plena época de noble y altiva emulación, fué llevado á la Exposición un carnero de cinco patas.—Que fuera admitido, se resolvió, para encanto de la multitud! No debía obtener premio, ni siquiera entrar á concurso. Eso no constituía una producción nacional: era una concepción monstruosa, un producto teratológico.

Pues hay libros, como el carnero de cinco patas!

TESIS DE 1897

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

42—Medina Arturo J.—*Linfangiomas quísticos congénitos del cuello.*—84 páginas.

M. estudia detenidamente la historia, etiología, patogenia, síntomas y tratamiento de esta afección poco frecuente. Considera como la más aceptable la definición siguiente: el linfangioma quístico es una producción circunscrita congénita y de naturaleza manifiestamente linfática. M. opina que estos tumores deben ser considerados como observaciones del aparato linfático. El pronóstico debe ser reservado en la mayor parte de los casos. Debe hacerse la extirpación total siempre que sea posible.

Acompañan al trabajo cuatro microfotografías de cortes de un linfangioma quístico congénito obtenidos por M. en el servicio del Dr. Posada.

43—Morello Ignacio.—*Tratamiento quirúrgico de la pleuresía purulenta aguda.*—69 páginas.

Toda pleuresía en cuyo derrame el microscópio ó el cultivo haya demostrado la presencia de estreptococos ó estafilococos debe ser tratada quirúrgicamente. M. prefiere la operación de Delorme que debe servirle de base para estas intervenciones torácicas. Si la pleura pulmonar está esclerosada, esta operación dará buen resultado; si la esclerosis está más marcada en la pleura parietal, en lugar de la decorticación se hará la operación de Estlander.

44—Muniagurria Carlos.—*Higiene infantil.*—44 páginas

Consideraciones sobre la alimentación y los cuidados que se deben á los niños.

45—Nin Posadas Joaquín.—*Prostatismo.* (*Tratamiento quirúrgico indirecto*).—74 páginas.

Después de un resumen de nuestros conocimientos actuales sobre este punto, N. P. estudia los resultados obtenidos en 7 casos (uno operado por el Dr. Castaño y seis operados por el Dr. Texo). Uno de los operados murió, pero no se puede atribuir la muerte á la operación. En las seis operaciones del Dr. Texo se ha hecho, además de la resección del cordón, la ligadura de la arteria espermática.

En 5 de los siete casos fué posible constatar una disminución del volumen de la prostata.

N. P. llega á las conclusiones siguientes:

1º Se ha comprobado experimentalmente que la resección de los canales diferentes produce una atrofia de la prostata.

2º Los resultados obtenidos en la clínica del Hospital Rawson, no son del todo satisfactorios.

3º Dada la inocuidad de la operación y la contribución de ella á la mejoría del enfermo, debe siempre hacerse uso de este medio terapéutico.

4º Por la fisiología, la experimentación y las observaciones clínicas del Hospital Rawson, opinamos que debe siempre preferirse á la resección simple de los conductos diferentes, la resección con ligadura de la arteria espermática.

46—Nores Antonio.—*Miasis de las fosas nasales y del oído.*—74 páginas.

N. ha reunido 43 observaciones de miasis (5 del oído y 38 de la nariz) con una muerte. Las larvas que ha podido obtener eran de Chrysomya macellaria, Sarcophaga tesselata y de otra especie de Sarcophaga que no fué posible determinar.

N. recomienda el sublimado para el tratamiento; declara ineficaz el cocimiento de albahaca tan aconsejado entre nosotros.

47—Passo Pedro.—*Fístulas perineales, su tratamiento.* —110 páginas.

Apoyado en 45 observaciones personales y en el estudio de la anatomía patológica aconseja P. lo siguiente:

1º En los casos de abscesos urinosos y de infiltraciones, el mejor tratamiento preventivo de las fístulas perineales es la incisión y el drenaje de *plafond.*

2º En los casos de fístulas uretro-perineales que corresponden al primer grupo de la clasificación de Guyón, debe darse la preferencia al tratamiento que consiste en la dilatación del canal con bujías Beniqué ó por medio de la uretrotomía interna.

3º Cuando después de la operación de las fístulas quedan grandes heridas y que por cualquier causa no se pueda obtener la cicatrización por primera intención de todas ellas, debe darse la preferencia al tratamiento por cicatrización mixta. El tratamiento por cicatrización secundaria de las fístulas perineales da excelentes resultados; pero es preferible siempre que se pueda, obtenerla por primera, valiéndose del avivamiento y sutura.

48—Plaza Prudencio.—*De la embriotomía cefálica.*—76 páginas.

P. divide las indicaciones de embriotomía cefálica en absolutas y relativas.

Absolutas: 1º En caso de hidrocefalía la craniotomía simple basta muchas veces para suprimir la distocia. 2º En todos los casos de muerte del feto, hay un gran interés en

la pronta terminación del parto y conviene entonces hacer la reducción de la cabeza.

Relativas: Cuando por falta de ayudantes, instrumentos ó aparatos para una operación cesárea, sinfisiotomía, etc., no se puede hacer otra cosa que salvar á la madre.

49—Prins Enrique.—*Algunas consideraciones sobre los reflejos emotivos* (*Risa*).—92 páginas.

Los puntos de contacto de la medicina y de la filosofía, sólo suelen ser tratados en nuestras tesis cuando un alumno, de más ó menos facilidad de palabra, desea salir del paso con un trabajo que no requiera estudios bibliográficos, clínicos ó de laboratorio y en el que no se vea apretado por la exactitud de la medicina moderna. Al leer el título del trabajo de P. temí encontrarme con uno de estos productos; pero la lectura de la tesis bien pronto me convenció de lo contrario. Como no es posible, dada la naturaleza del trabajo, dar un resumen aquí, me limito á hacer constar que el trabajo de P. revela estudio y originalidad, que hacen interesante la lectura de la tesis.

50—Pujato Domingo. -*Placenta previa.*—90 páginas.

P. hace un estudio completo del punto en cuestión y da al final de su trabajo 5 observaciones. En un caso salvaron madre é hijo, en dos salvó la madre muriendo el feto, y en los dos últimos perecieron madre é hijo.

Reglamento de la publicación de los «Archives Medicales Argentins»

(*Recueil des «Anales del Círculo Médico Argentino»*)

Art. 1º Con el nombre de «Archives Medicales Argentins» (Recueil des «Anales del Círculo Médico Argentino») aparecerá semestral ó anualmente un número extraordinario en francés de la revista social, que será

editado en cantidad suficiente para su distribución entre las corporaciones médicas extranjeras, las personalidades culminantes en la ciencia y las mejores revistas europeas.

Art. 2º El número aludido contendrá los mejores trabajos originales, sea de observación clínica, sea de investigaciones experimentales aparecidos en los «Anales» durante el período de tiempo indicado, y seleccionados por una comisión nombrada al efecto, de la cual formará parte el director de la publicación ordinaria.

Art. 3º Con este objeto la C. D. designará anualmente, al mismo tiempo que el director de los Anales, dos miembros de la Asociación que constituirán en unión con aquél, la comisión de los «Archives». La expresada comisión se reunirá en totalidad ó mayoría en los primeros dias de Julio y Enero, ó antes de estas fechas, á invitación del Director de los Anales, y resolverá por mayoría, cuales son los trabajos dignos de la publicación en el número extraordinario, pudiendo decidir su inserción íntegra, ó pedir á los autores los extracten expresamente. Fijará también el precio de cada ejemplar del número extraordinario. Todas estas resoluciones serán comunicadas por nota á la Comisión Directiva para su conocimiento.

Art. 4º La traducción de los trabajos á insertarse será hecha por los respectivos autores.

Art. 5º Si la comisión especial creyera que siendo los trabajos poco numerosos ó sin importancia, conviene esperar á que finalice el año para hacer la edición en francés puede así resolverlo, comunicándolo también á la Comisión Directiva.

Art. 6º Es entendido que para la publicación del número extraordinario rige la comisión correspondiente al período ya vencido aunque ella hubiera sido renovada parcial ó totalmente para el otro año.

Art. 7º Los gastos ocasionados por esta publicación serán cubiertos por la asignación de los Anales.

Por lo que respecta al corriente año, el número extraordinario aparecerá en Enero próximo y el nombramiento de la comisión *ad hoc* se hará inmediatamente por la Comisión Directiva.

REVISTA DE LA PRENSA

WEINLECHNER.—*Consecuencias de las fracturas craneales subcutáneas en los primeros años de la vida.*—(Wiener Klinische Wochenschrift).

W. después de mencionar brevemente las fracturas del cráneo que se producen durante la vida uterina, en el parto, inmediatamente después del nacimiento, describe las fisuras y fracturas craneales que se observan en la infancia, dando origen á tumores que conviene clasificar en dos grupos, á pesar de la base común de la dilatación de la hendidura fractural, á saber: 1º, defectos craneales con adyacencia del encéfalo; y 2º, defectos craneales con falsas meningoceles, pudiendo ambas formas coexistir.

Con respecto al primer grupo, el conferenciante dice que después de un traumatismo, de una fisura con ó sin ramificación hacia la próxima sutura, se desarrolla un defecto craneal oblongo, generalmente colocado sobre la tuberosidad de un parietal, siendo más á menudo el derecho. Todo el parietal se presenta abovedado, y los bordes del defecto están abultados. En el defecto se percibe al tacto la pulsación del cerebro. Aun en el momento de la inspiración más profunda, el tegumento del defecto no suele formar una prominencia notable. En el momento de la espiración, la depresión pudiera hacer sospechar una fractura con hundimiento; pero esta sospecha queda desvanecida por la falta de hueso en la parte deprimida. El defecto se nota pronto después del traumatismo sufrido, y con los años va aumentando, sea por separación de los bordes, sea por atrofia ó desgaste. Estos defectos craneales acaban por quedar estacionarios sin causar molestias, á no ser que el cerebro haya quedado lesionado considerablemente; pero no dejan de constituir un peligro por hallarse el cerebro sin su defensa ósea contra lesiones fatales.

Son condiciones para la producción de tal defecto:

1º La rotura de las meninges, sobre todo la dura, si bien excepcionalmente, como en un caso observado por Bergmann,

y Reubold, aun sin desgarro de la dura, puede resultar de la fisura una hendidura.

2º El niño ha de hallarse á lo más en el tercer año de su vida, esto es, en la edad en que el cráneo posee mayor elasticidad y es mayor el crecimiento del encéfalo y su tensión. Aun cuando la dilatación principal se verifica en seguida después del accidente, por separación de los bordes, sin embargo, aumenta posteriormente por absorción, según se puede ver en las preparaciones.

Referente al segundo grupo, los defectos craneales con falsas meningoceles, que son más conocidos y mejor estudiados, el conferenciante dice que también suelen tener su asiento en el parietal, y propiamente hablando representan por la hernia meningea una ampliación de la primera forma. Se encuentra un tumor blando fluctuante, á veces transparente. La pulsación es menor que en la primera forma. El tumor, al igual del cefal-hematoma, posee bordes duros; su contenido se parece mucho al líquido cerebro-espinal; el hueco del hueso rara vez se deja percibir bien al tacto, sobre todo cuando se halla cubierta por completo por la meningocele; sólo en parte se halla cerrado por la dura-madre que posee un agujero ó más, á través de los cuales el tumor está en comunicación con el espacio subdural ó aracnoideo. El meningocele traumático supone, además de la fractura craneal, un desgarro de la dura, sin el cual es imposible; á través de estos vacíos se derrama, además de sangre, líquido cerebro-espinal bajo el pericráneo, que acaba por romperse, acumulándose el líquido bajo el cuero cabelludo. Alrededor de este líquido extracraneal, se forma más tarde un quiste secundario. Para que el falso meningocele pueda persistir, es preciso que el desgarro de la dura se cicatrice, que resulte una fístula cicatricial de la dura, á través de la cual se mantenga la comunicación entre la hernia y el interior del cráneo.

No es un suceso raro la lesión del cerebro y de las meninges blandas al formarse la fisura. Cuanto más hondo el desgarro penetre en el cerebro, más líquido cerebro-espinal es expelido; si el cerebro se desgarra hasta los ventrículos laterales, como sucedió en el caso de Billroth, resulta aun

más fácil la salida del líquido y el rápido crecimiento del tumor. Semejante *porencefalia traumática* se encontró también en un niño observado por el conferenciante, y cuya preparación fué presentada en su tiempo á la Sociedad por el profesor Kolisco.

El cráneo fracturado, con falso meningocele, experimenta también una dilatación, sólo que los bordes óseos no suelen abovedarse tanto hacia afuera como en los defectos con adyacencia del cerebro, porque la presión de éste obra tan sólo en parte, gastándose la otra parte en la expulsión del líquido cerebro-espinal. Cuando la hernia meningea se cura, podemos convencernos de la dilatación del defecto craneal. Los falsos meningoceles se distinguen de los simples defectos craneales con aplicación del cerebro, por la presencia de un tumor manifiesto colocado del todo ó en su mayor parte sobre el defecto.

Las dos formas de defecto craneal se hallaron combinadas en un niño del Hospital de Santa Ana. Generalmente, el conferenciante ha podido observarlas tan sólo en estado acabado. Solamente una vez ingresó un niño pocos días después de la lesión, con fenómenos parecidos á los del cefalhematoma; más la salida de un líquido sanguinolento seroso por la punción exploratoria, demostró que se trataba de un meningocele traumático. En los niños mayores y en los adultos, siendo ya inflexibles los huesos, no se observan los defectos craneales por dilatación de una fisura. Bien pueden resultar falsos meningoceles á consecuencia de una fisura de la dura-madre, pero por regla general se curan sin dejar vestigio, no formándose hueco craneal ni dilatación, aun cuando los defectos habían sido grandes.

Tampoco se observa dilatación del cráneo en los defectos de osificación que ocurren al lado de las tuberosidades del vértice, de los parietales y del occipital de los niños, debidos á excesiva absorción de huesos. Según comunicación oral del profesor Hoffmann, es muy rara la persistencia de tales defectos. Con todo, el conferenciante ha observado un defecto de las dimensiones de un escudo, con pulsación manifiesta en la parte posterior de la sutura sagital de un hom-

bre inteligente de sesenta y tres años; existía desde el nacimiento, sin ninguna otra alteración del cráneo; no se había formado prominencia alguna.

En cuanto al pronóstico, el conferenciante dice que los falsos meningoceles que dejan un defecto craneal con el cerebro adyacente, se curan del todo ó mejoran esencialmente. La persistencia de un meningocele más allá del tercer año es rara; con todo, en el caso presentado en la sesión anterior, la hernia meníngea producida por caída en el primer año, persistía aun en el undécimo, y en el caso de Bayerthal, el meningocele adquirido al año y medio existía aun en el séptimo año.

En los defectos con adyacencia del cerebro, parece que la dilatación del hueso se detiene finalmente, y que esta enfermedad no acorta la vida á no ser que por casualidad un traumatismo venga á obrar sobre el cerebro indefenso. Así, por ejemplo, uno de los pacientes observados por el conferenciante pereció á los veintiocho años en una riña, en la cual un puñetazo le aplastó el cerebro.

La terapéutica ha mejorado considerablemente, gracias á la asepsia y la perfección de la técnica. El conferenciante ensayó en balde la *compresión* de un meningocele traumático mediante tiras de emplasto adhesivo y vendas elásticas. La *punción* suele dar un éxito transitorio y hasta la curación en casos de poca fecha; pero en los inveterados es inútil, y á veces el líquido se reacumula en pocas horas. La punción con subsiguiente inyección de iodo ha producido alguna vez la muerte; un éxito favorable podría esperarse, según el precedente de Brainard, cuando el hueco en la dura pudiera tocarse con seguridad después de la punción para taparlo con la punta del dedo durante el rato que la tintura de iodo hubiera de quedar en contacto con los tejidos. Cuando esto no es posible, resulta peligrosa la inyección, sobre todo si existe porencefalia. Nicoladoni llegó á curar un caso con inyecciones de dicha tintura.

El conferenciante curó un meningocele en el período incipiente hendiendo el tumor y taponando con gasa iodoformada. A los pocos días, el flujo cerebro-espinal cesó, la

fístula de la dura se cerró por granulación, y poco á poco se obliteró toda la cavidad. Cuando la afección ha persistido algún tiempo, formándose un quiste secundario, puede procederse á la extirpación suturando la fístula de la dura como si se tratase de una hernia. De este modo, con la debida asepsia, se curará todo meningocele, desapareciendo la consiguiente desfiguración. Más, como en cambio, se desarrolla luego la hendidura ósea, sobre todo en la infancia, hay que cubrir el defecto de la misma manera que en los adultos, sea por autoplastia, según Müller y König, sea por heteroplastia con placas de celuloide, según Fränkel, con hueso decalcinado, según Gluk, ó con placas de aluminio, según Maydl.

Un ejemplo de éxito es el caso comunicado por el conferenciante en la sesión anterior.

OBRAS DONADAS

á la Biblioteca del Círculo Médico Argentino

Por el Doctor Araoz Alfaro

Bouchardat—Higiene pública y privada	1	tomo
Klein—Histología	1	»
Trousseau et Pidoux—Terapéutica	2	tomos
Labadie Lagrave—Urologie clinique	1	tomo
Hallopeau—Patologia general	1	»
Duval—Curso de fisiología	1	»
Lutaud—Medicina legal	1	»
Desnos—Maladies des voies urinaires	1	»
Dieulafoy—Patología interna	1	»
Chauvel—Examen de l'œil	1	»

Por el editor Bailliére et fils de Paris

Lefert—Lexique-formulaire des nouveautés médicales	1	»

Por la Biblioteca de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas

Dieulafoy—Lecciones de Clínica Médica dadas en el hospital Hotel-Dieu de París en el curso de 1896 á 1897	1	tomo

Por el autor

Variot—Difteria y serumterapia	1	»
De Veyga—De la prueba pericial y de los peritos	1	folleto

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Marzo 15 de 1898 Nº. 5

LABORATORIO DE ANTI-TOXINAS

El bacilo tífico en las aguas de pozo

por el **Dr. Julio Lemos**

Presento á continuación cinco observaciones bacteriológicas, de las numerosas que se han hecho en este laboratorio, en las cuales se ha encontrado el bacilo de *Eberth* solo y asociado al *colo-comunis*, en el agua de algunos pozos y algibes de San José de Flores y de La Plata.

Deseo hacer constar que son estas las primeras observaciones *positivas* que se hayan publicado entre nosotros sobre la existencia de este microrganismo en el agua, no obstante haber sido buscado por vehementes sospechas clínicas en numerosos casos, lo que aquí apunto no como propio encomio, sino para deponer las razones de nuestro éxito en pró de los nuevos métodos de investigación, con cuyo precioso auxilio hemos podido suplir nuestra inesperiencia personal.

El procedimiento que hemos seguido ha consistido en sembrar varios tubos de caldo común con el agua sospechosa, en cantidades variables, los cuales fueron puestos en la estufa á 37° por 24 horas.

De aquel de los tubos donde el desarrollo no había sido muy abundante hicimos placas por diluciones sucesivas, en gelatina común y de Elsner.

Cuando la gelatina de Elsner nos ha dado desarrollo en las 24 y 48 horas, hemos aislado de sus colonias en cinco, seis ó más tubos de agar, prefiriendo naturalmente aquellas que presentaban mayor analogía con las colonias clásicas de coli y de Eberth; controlando siempre con placas en gelatina común las placas de Elsner ya á la temperatura ambiente ya á 30 grados mediante una consistencia mayor en su composición á fin de evitar toda causa de error.

De los tubos en agar pasamos luego á los demás cultivos de reacción.

En ningún caso nos hemos preocupado de contar las colonias que crecían en las placas, limitándonos tan solo á verificar si las del bacilo tífico ó las del coli-comunis se encontraban entre ellas.

En cambio, hemos seguido en cada una de las presentes observaciones dos cultivos paralelos del Eberth y del coli del laboratorio, sobre los mismos medios usados en la investigación, con el objeto de tener en todo momento un punto cierto de comparación, para alejar toda causa de error. En el caso 5° hemos ido hasta la reacción de aglutinación, hecha con el suero del enfermo convaleciente de la fiebre tifoidea adquirida posiblemente con el mismo bacilo encontrado por nosotros en el agua que motivó el análisis.

He aquí los casos:

Prot. N°. 240 (Libro de análisis) Marzo 22 de 1897 San José de Flores—Pozo semi-surgente recientemente abierto.

Agua algo turbia, sin olor apreciable, ligeramente alcalina.

Contiene los siguientes microrganismos Bacilo súbtilis.

Bacilo cromógeno verde común del agua.

Vibrión anacrobio que ocasiona desarrollo de gas fétido.

Bacilo móvil bien aparente el como (Eberth ó el coli).

En caldo: bacilo móvil no da película, presenta reflejo de moaré al agitar el medio.

En leche: no la coagula en varios días.

En papas: desarrollo untuoso, blanco grisaceo, poco apreciable.

En gelatina común (placas) colonias superficiales en forma de hoja de parra, profundas redondeadas poco pigmentadas. En picadura, desarrolla en forma de clavo sin licuar el medio.

En agar: colonias blancas, redondas de reflejo azulado, constituídas por el bacilo ya citado.

En líquido petonizado dá indol.

En gota colgante este microrganismo aparece dotado de gran movilidad.

Inoculación, para determinar su acción patógena.

Chanchito de Indias de 300 gramos 2 c. cubs. de cultivo de 24 horas en caldo, en el peritoneo.

Muere en 26 horas: Autopsia:—Congestión intensa del intestino, exudado sero fibrinoso abundante; cápsulas suprarenales congestionadas; torax normal.

Los cultivos en agar hechos con el exudado peritoneal reproducen el bacilo móvil inoculado.

Conclusiones:—El agua examinada contiene el bacilo de Eberth dotado de gran virulencia.

Nota—En esta casa había tres enfermos de fiebre tifoidea, y anteriormente se había producido una defunción. Al hacérsenos saber que la muestra de agua examinada procedía de un pozo semi-surgente de 37 metros y recién abierto, nos trasladamos personalmente á la casa, y encontramos que la perforación artesiana había sido practicada á 20 metros de otro pozo, también semi-surgente, pero cuyo cuerpo de bomba se hallaba bañado por la napa superficial en el fondo de un pozo común de 7 metros, y que el agua empleada para hacer funcionar el barreno en la perforación del pozo nuevo había sido tomada del viejo.

La napa de agua que bañaba el cuerpo de bomba de este último, podía recibir los desagües de una caballeriza, que distaba de él no más de dos metros, y quizás las filtraciones de una letrina, que se encontraba á 25. En consecuencia, recogimos muestras del agua del pozo

viejo, con las cuales se practicó el siguiente análisis.

Prot. 261—Abril 5 de 1897.

Idéntico resultado respecto del bacilo tífico; se halló además el coli-commis.

Acción patógena.

Chanchito de Indias de 300 gramos.

Inoculación peritoneal de 2 c. cubs.

Muere en 4 días con autopsia idéntica á la anterior.

Nota.—En vista de esta comprobación sobre la causa de infección del pozo nuevo, por el agua del antiguo, el propietario hizo abrir un nuevo pozo á la mayor distancia de aquellos, y siguiendo nuestras indicaciones, las cuales tendieron á aislar previamente la napa superficial del terreno por medio de un caño grueso, el cual fué desinfectado por el *lisol* antes de practicar en su interior la perforación artesiana. Este pozo dió un agua excelente, casi enteramente privada de gérmenes, y que en dos pruebas, espaciadas de dos meses, mostró no contener el bacilo tífico ni el coli-comunis.

Prot. N°. 301—Abril 27 de 1897.

San José de Flores—Pozo común antiguo, de la primera napa.

Agua clara, transparente, sin olor apreciable, ligeramente alcalina.

Contiene los siguientes microrganismos:

Bacilo pequeño móvil no cromógeno que coagula la leche y licua la gelatina.

Bacilo en forma de diplo dos veces más largo que ancho, muy aparente, móvil que da indol, coagula la leche, no licua la gelatina desarrollando en forma de clavo en picadura y en colonia pigmentada amarillenta en placa; en papas abundante desarrollo untuoso gris muy aparente; en caldo, en agar y en placas de Elsner se comporta asimismo como el coli-comunis.

Acción patógena.

Chanchito de Indias de 280 gramos—inoculado en el peritoneo con 3 c. cub. de cultivo de 24 horas en caldo.

Muere en 18 horas.

Autopsia:—Exudado sero-fibrinoso, poca congestión intestinal, cápsulas supra renales y riñones congestionados; torax normal. Al microscopio se encuentra en

cultivo puro el bacilo móvil inoculado, y se reproduce bien en agar, en 12 horas.

Bacilo en forma diplo como el anterior. de movimientos muy vivos. aislado de placas de Elsner á las 48 horas.

Se desarrolla en todos los medios con los caracteres típicos del bacilo de Eberth. En líquido peptonizado da indol levemente.

Acción patógena.

Ch. de Indias de 280 gramos—3 c. cubs.

Muere en 24 horas.

Autopsia:—Exudado sero fibrinoso, poca congestión parietal, gran congestión viceral.

Al microscopio; escasísimos ejemplares del bacilo inoculado; los cultivos lo reproducen muy bien.

Conclusiones:—El agua examinada *contiene el bacilo de Eberth y el coli-comunis* muy virulentos.

Nota.—En esta casa no hay enfermos; toman el agua hervida por indicación médica desde hace poco tiempo.

Prot. 312 Marzo 3 de 1897.

Pozo común antiguo de la primera napa, de San José de Flores.

Agua clara, transparente, sin olor apreciable, ligeramente alcalina.

Contiene los siguientes microrganismos aislados de placas de gelatina común.

Bacilo cromógeno de un bello color rojo, inmóvil, muy pequeño.

Bacilo cromógeno verde muy pequeño muy móvil.

Bacilo largo que esporula y licua como el súbtilis.

Bacilo en forma de diplo muy móvil como el de Eberth ó el coli-comunis.

Cultivos de este último.

En gelatina de Elsner, da colonias características de bacilo tífico á las 48 horas. En caldo, en leche, en papas, en gelatina común, en picadura y en placas, en líquido peptonizado (da indol levemente).

En todos los medios se comporta absolutamente como el bacilo tífico.

Acción patógena.

Ch. de Indias de 370 gramos—4 c. c. de cultivo de 24 horas en caldo en la cavidad peritoneal. Abril 24,

pierde 30 gramos; 26, pierde 30 gr.; 28 pierde 20; 29 está herizado, arrastra el vientre y no come. Mayo 1º amanece muerto.

Autopsia: —Peritonitis muy intensa; en la cavidad existen coágulos fibrinosos y ligeras adherencias; gran congestión viceral, placas de Péyero muy aparentes y rojizas. Cápsulas suprarenales rojas, riñones muy congestionados.

Al microscopio y cultivos, se comprueba la existencia del bacilo móvil inoculado.

Conclusiones:—El agua examinada *contiene el bacilo de Eberth.*

Nota.—En esta casa no se supo si hubo enfermos, y se hacía uso del agua para la bebida.

Prot. 488 Agosto 4 de 1897 (análisis del Dr. Méndez).

Pozo semi-surgente contiguo á los que motivaron los análisis N. 301 y N. 312 donde fué encontrado el bacilo tífico.

Se hacen cultivos en caldo con adición de ácido fénico; se desarrolla poca cantidad de microrganismos todos pertenecientes al grupo del coli y Eberth.

En gelatina común y de Elsner da colonias superficiales en forma de hoja de parra y profundas redondas, diferenciándose unas de otras en las 24 horas por una desigual pigmentación entre ellas. La pesca de numerosas de estas colonias sembradas en todos los medios á la estufa y á 20 grados permiten caracterizar y confirmar perfectamente la diferenciación observada sobre las placas primeras de gelatina.

Estos microrganismos son bacilos dos veces más largos que anchos, coloreándose mejor en los extremos que en el centro, y son móviles. Uno de ellos se comporta en todos los medios como el coli-bacilo; el otro como el bacilo de Ebeth.

Acción patógena.

El coli communis mata el chanchito de Indias á la dosis de 1 c. cub.

El bacilo de Eberth á la dosis de 1/2 c. cub.

Nota.—En la casa no hubo enfermos.

Prot. Nº 871—Febrero 16 de 1898.

La Plata—Agua de algibe de uso exclusivo para la casa.

Clara, transparente, ligeramente alcalina.

Cultivos en caldo; regular cantidad de microrganismos.

En gelatina común, en placas;—se observan colonias claras y pigmentadas, algunas (superficiales) en forma de hoja de parra y otras redondas, ligeramente abultadas al centro (superficiales) y más pigmentadas que las anteriores; se aislan de unas y otras en varios tubos de ágar.

Los cultívos sucesivos hechos en todos los medios demuestran la existencia de un bacilo que cumple exactamente con todas las reacciones del bacilo coli-comunis y otro que se comporta como el de Eberth.

El coli comunis fué encontrado en tres tubos, el de Eberth en uno; en dos tubos se encontró un diplo-coco móvil y un bacilo largo grueso como el súbtilis.

Los coli dieron indol muy acentuado el bacilo tífico muy lentamente y solo después de 8 horas.

Acción patógena.

Coli-comunis:—Ch. de Indias de 300 gramos; muere en 24 horas con 1 cc. de cultivo en caldo.

Autopsia:—Peritonitis sero fibrinosa; intestino delgado congestionado, engrosado, riñones congestionados, cápsulas suprarrenales rosadas. Torax normal.

Eberth:—1 c. cub. como el anterior,—peso 370 gramos.—A las 24 horas 360, está triste, arrastra el vientre, no come; 2º día 320 como el anterior; 3º día 330, como el anterior; 4º día 350 está mejor, come; día 5º se mejora, pesa 360; día 6º 360..... A los 15 días, ha sobrevivido.

Se activa la virulencia pasando este microrganismo por animales mediante inyecciones hipodérmicas de cultivos en caldo.

2ª experiencia;—Ch. de Indias de 370 gramos, inoculación de 1 c. cub. de cultivo de 24 horas en caldo.

Muere dentro de las 48 horas.

Autopsia:—Peritonitis sero-fibrinosa intensa, gran cantidad de exudados; congestión intensa del intestino; placas de Péyero muy aparentes; torax normal.

Reacción de Widal hecha con una gota de sangre extraída con perfecta acepsia del convaleciente de la fiebre tifoidea contraida posiblemente por el agua del algibe que motiva este análisis.

Eberth:—se aglutina dentro de los primeros 20 minutos en la proporción de 1/10, 1/20 y 1/30.

Coli-bacilo:—no se aglutina.

2ª Reacción Widal hecha con sangre de un convaleciente de fiebre tifoidea del Hospital San Roque, sala del Dr. Sicardi.

Igual resultado.

Conclusiones:—El agua del algibe examinada contiene bacilus de Eberth y coli-comunis.

Nota.—En esta casa hubo un niño enfermo de fiebre tifoidea en la época misma del análisis precedente.

Buenos Aires, Marzo 1º de 1898.

CONSIDERACIONES SOBRE LOS NUEVOS MIDRIÁTICOS

Por el **Dr. Otto Wernicke**

Desde que en 1833 *Geiger* y *Hesse* iniciaron el estudio de los midriáticos hasta hace muy pocos años, todas nuestras substancias midriáticas pertenecían al mismo grupo: el de la atropina y de sus derivados. Hace poco se han hallado tres midriáticos pertenecientes á otros grupos: la euftalmina, la efedrina y el midrol. Es probable que estos nuevos agentes midriáticos sean los primeros de una nueva serie que completará más ó menos nuestro arsenal terapéutico de oftalmología. Pero para que valga la pena introducir en la práctica diaria un nuevo midriático es necesario que presente ciertas propiedades según el uso á que va á ser destinado.

Sabemos que la atropina, que es el tipo de los midriáticos obra de diferentes maneras: 1º dilata la pupila; 2º paralisa la acomodación; 3º ejerce una acción antiflojística en los procesos inflamatorios del segmento anterior del ojo.

Todas estas propiedades nos son sumamente útiles. Así, por ejemplo, en un caso de iridociclitis la atropina, por la dilatación pupilar, dificulta la producción de sine-

quias, contribuye, por su acción sobre la acomodación, al reposo del ojo é influencia favorablemente por su acción antiflojística el proceso inflamatorio. En casos de esta especie, la atropina conservará siempre el primer lugar. Pero sí, para determinar la refracción ó para hacer un examen detenido del fondo de ojo, instilamos atropina, la midriasis y la parálisis de acomodación de varios días de duración nos estorba mucho una vez concluído nuestro examen. Si en un caso de estrabismo ó de espasmo de la acomodación tenemos que paralisar por mucho tiempo la acomodación, la midriasis dada por la atropina, molestará bastante al enfermo. Se ve, pues, cuán justificado es el deseo de poseer nuevos midriáticos y qué importancia tiene el hecho que los nuevos agentes hallados no pertenezcan al grupo de la atropina, grupo en que todos obran de una manera muy parecida.

Para las necesidades de la práctica diaria nos convendría tener los siguientes agentes:

I. Una substancia que paralisara rápidamente, completamente y por poco tiempo iris y acomodación. Nos serviría para el examen de fondo de ojo y determinación de la refracción, sin tener que esperar la media hora que exige la atropina, la homatropina, etc., y sin tener la acción incompleta, pero más rápida de la cocaina.

II. Una substancia (*iridoplégica*) que dilatara completamente la pupila sin influenciar la acomodación. Serviría para algunos casos de miosis, de catarata ó de leucomas en los que buscamos la dilatación de la pupila y nos conviene conservar la acomodación. Convendría que su acción durase algún tiempo para no tener que molestar al enfermo demasiado á menudo con la instilación. La efedrina satisface hasta cierto punto estas exigencias.

III. Una substancia (*ciploplégica*) que paralisara completamente la acomodación sin obrar sobre la pupila. Esta substancia nos serviría en los casos en que necesitamos una supresión prolongada de la acomodación, como por ejemplo, en los estrábicos, en los casos de espasmo de la acomodación, etc. Convendría por las mismas razones del número anterior, que su acción fuera de cierta duración. La existencia de una substancia de esta propiedad, es posible como lo demuestra la parálisis aislada de la acomodación en ciertas intoxicaciones; además

si la efedrina obra solo sobre el esfinter de la pupila sin interesar á su vecino tan cercano, el músculo ciliar, bien puede haber una substancia que obre sobre el músculo ciliar sin interesar el esfinter.

IV. Una substancia que paralisara completamente iris y acomodación, que sea de acción duradera y capaz de obrar también en ojos inflamados. Esta substancia la poseemos en la atropina, y no necesito mencionar aquí los servicios que nos presta.

En el cuadro siguiente he reasumido la acción de los midriáticos más importantes conocidos hasta el día.

	ACCIÓN LOCAL	ACCIÓN GENERAL	PUPILA	Acomodación	Tiempo necesario para llegar al máximum de acción	DURACIÓN DEL EFECTO
Atropina ...	Poca	Síntomas de intoxicación bastantes frecuentes.	Dilatación máxima	Parálisis completa	30 minutos	10—12 dias
Atroscina....	Poca	Síntomas de intoxicación en 33 % de los casos.	Dilatación máxima	Parálisis casi completa	25 minutos	6 días
Hioscina.....	Poca	Síntomas frecuentes de intoxicación.	Dilatación máxima	Parálisis completa	30 minutos	4—7 días
Homatropina.	Poca	Síntomas poco frecuentes de intoxicación.	Dilatación no tan completa	Parálisis incompleta	30 minutos	6—12 horas
Euftalmina ..	Lijeramente irritante	No es tóxica (poco conocida todavía).	Dilatación máxima	Parálisis incompleta	60 minutos	4—5 horas
Efedrina. . .	Poca	No es tóxica.	Dilatación marcada	Intacta	40—60 minutos	5—20 horas
Midrol.....	Anemia la conjuntiva	No es tóxica.	Dilatacion marcada	Poco influenciada	30—60 minutos	20 horas

No figuran en el cuadro la daturina, por ser idéntica con la atropina; la hiosciamina, porque obra de la misma manera que la atropina; pero es mucho más tóxica; la escopolamina por ser idéntica con la hioscina, la duboisina por ser idéntica con la hiosciamina.

Las relaciones químicas que existen entre los midriáticos del grupo de la atropina, son las siguientes:

Los alcaloides contenidos en las solanaceas son dos: hiosciamina y hioscina; esta puede ser considerada como producto de oxidación de la hiosciamina.

La hiosciamina, bajo la acción de alcalis, se transforma fácilmente en una base isomera: la atropina. Es posible que exista la atropina en pequeñas cantidades en las solanáceas, pero también es posible que en las plantas vivas exista solamente la hiosciamina y que la atropína se forme recién en las plantas muertas ó durante la preparación. Esta posibilidad de transformar la hiosciamina en atropina fué descubierta en 1888 por *Will* quien había observado que de una misma clase de plantas se extraía una vez casi exclusivamente hiosciamina y otras veces atropina, según las condiciones en que se hacia la extracción,

La hioscina es idéntica á la escopolamina. Parece que bajo la acción de los alcalis, la hioscina se transforma en atroscina.

La atropina puede descomponerse en tropina y ácido trópico; combinando el ácido amigdálico con la tropina se obtiene la homatropina.

La euftalmina es el clorhidrato de un producto que resulta de la acción del ácido amigdalico sobre una metilvinildiacetonalcamina.

La efedrina se extrae del ephedra vulgaris.

El midrol es el yodometilato de fenilpirasol.

Si echamos una mirada sobre el cuadro adjunto, veremos que varias de las substancias allí mencionadas no convienen para el uso diario. La atroscina da lugar á intoxicaciones demasiado frecuentes, la euftalmina no ofrece ninguna ventaja sobre la homatropina, el midrol no tiene acción midriática muy marcada. Así, pues, nos queda la atropina y la hioscina que dilatan la pupila hasta el máximo y paralizan completamente la acomodación, durando su acción varios días.

La homatropina dilata la pupila y paraliza la acomodación por poco tiempo y la efedrina dilata la pupila, dejando la acomodación intacta.

La homatropina llena, pues, hasta cierto punto las condiciones que exigimos bajo I; la efedrina bastante bien las de II; no poseemos ninguna substancia que llene las condiciones exigidas bajo III; finalmente, la atropina y la hioscina (ó escopolamina) llenan las condiciones exigidas bajo IV.

Como se ve, lo que nos falta del todo es un *cicloplégico* puro, es decir, un compuesto que paralice la acomodación, dejando intacto el iris.

No hay ninguna razón para negar la posibilidad de que exista tal compuesto, pero sí es muy difícil hallarlo. Los investigadores instilan los nuevos productos en el saco conjuntival de animales; si se nota acción midriática, miótica ó anestésica, las investigaciones en este sentido continúan adelante, pero si faltan todas estas acciones, nadie se preocupa de buscar cómo está la acomodación, cosa muy difícil de averiguar en los animales de experiencia. Quien sabe si entre tanto remedio nuevo ó aun entre los alcaloides conocidos de tiempo atrás, no existe un cicloplégico perfecto, que ha pasado desapercibido por las razones apuntadas!

Bibliografía

Cattaneo.—Azione sull'occhio del jodometilato di fenilpirazolo. Annali di ottalmologia; 1894, fasc. 4.

Groenouw.—Ephedrin-Homatropinlösung. Deutsche med. Wochenschrift, 1895, Nº 10.

Kinnosuke Miura.—Ephedrin. Berliner klin. Wochenschrift, 1887. Nº 38.

Meyer.—Skopolamin u. Atroscin, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1898, Nº 1.

Pinner.—Die Chemie der Atropin-Alkaloide. Centralbl, f, Augenheilkunde, 1898, Nº 1.

Suker.—Ephedrinum hydrochloricum. Ann of Ophthalmology and Otology, 189[illegible], Enero.

Treutler.—Ueber Euphthalmin, ein neues Mydriaticum, etc. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, 1897, Nº 9.

Vossius.—Euphthalmin. Deutsche med. Wochenschrift, 1897, Nº 33.

UN NUEVO CASO DE CARBUNCLO CURADO POR EL SUERO DEL Dr. MÉNDEZ

Sr. Dr. Julio Lemos.

Apreciable colega:

Tengo el agrado de adjuntar á Vd. la historia clínica de un caso de pústula maligna tratado por el suero Méndez que Vd. tuvo la atención de enviarme.

Repito por ello nuevamente las gracias y ordene á S. A. y S. S.

CARIDE MASSINI.

DOMINGA E. DE SARRÍAS, 58 AÑOS, CASADA, ESPAÑOLA

Domicilio: Montes de Oca 1048.

(Omito antecedentes individuales y hereditarios, sin importancia).

El *día 13* fuí llamado á ver esta enferma que presenta en el párpado superior izquierdo una señal como de picadura de un mosquito: tiene edema de ambos párpados.

Día 14: El edema ha aumentado mucho impidiendo abrir los ojos y llega hasta el labio superior — hay vómitos; temperatura 40° á las 8 p. m.; la picadura se ha umbilicado y presenta un rodete de vesiculitas, hay equimosis palpebrales.

Con el termo-cauterio se destruye profundamente la pústula y se hacen inyecciones de ácido fénico al 2 % circunscribiéndola.

Día 14 á las 12 1/2 p. m. El edema ha invadido el cuello llegando hasta el torax: la enferma respira con dificultad: 140 pulsaciones.

Día 15 (7 a. m.) — Está un poco mejor el estado general.

Día 15 (12 m.) Se le hace inyección de 20 c. c. de suero, (se saca sangre para cultivo).

Día 15 (8 p. m.) Temperatura 39° El edema ha disminuído mucho: la mejoría del estado general es notable: han desaparecido los vómitos y la enferma se puede alimentar: inyección de 20 c. c. de suero.

Día 16 (8 a. m.) Temperatura 37.5 El edema disminuye mucho.

Día 16 (8 p. m.) Temperatura 38° inyección de 40 c. c. de suero.

Día 17 (8 a. m.) Temperatura 37°.

Día 17 (8 a. m.) Temperatura 37.5°.

Los edemas casi han desaparecido: quedan limitados á los párpadas solamente.

Día 18 — La enferma se levanta y come con apetito: sigue curando la escara, pero ya puede darse por curada.

Día 23 — Enferma muy bien.

En este caso he podido notar con toda evidencia el efecto benéfico é inmediato que produce el suero de Vds. sobre la temperatura, los edemas y el estado general.

En la noche del 14 al 15, á pesar de haber cauterizado profundamente la pústula y hecho numerosas inyecciones de ácido fénico á su derredor el edema invadió todo el cuello, me hizo temer la necesidad de una traqueotomía.

El día 15 á la mañana hice la primera inyección de suero y el edema al cabo de cinco horas se había reducido á la mitad.

Felicito á Vds. por haber encontrado y provisto á la República Argentina de un medio curativo seguro y rápido contra una afección tan terrible. Suyo atfmo.

CARIDE MASSINI.

NOTA—En el examen directo de la sangre y en los cultivos se encontró el bacilo del carbunclo en cultivo puro y muy virulento según se comprobó por inoculación á animales. El material remitido había sido extraído 24 horas después de la cauterización é inyecciones antisépticas. — *Dr. J. Lemos — Laboratorio de Antitoxinas.*

TESIS DE 1897

Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires

51—Rapela Diego J.—*Anestesia general por el cloroformo.*—72 páginas.

R. estudia la absorción, eliminación y acción del cloroformo sobre el organismo, los fenómenos que se producen durante la anestesia y los accidentes y sus tratamientos. En cuanto á los métodos de administración, R. condena el método por sideración, prefiere el de dosis fraccionadas y no encuentra ventajas marcadas al método de Dastre.

52—Ravena Juan.—*Contribución al estudio de los principales tratamientos quirúrgicos del pio-salpinx.*—90 páginas.

R. rechaza el tratamiento por cateterismo de las trompas, por la electricidad, por incisión rectal, por punción aspiradora, por elitrotomía, por vía sacra para preferir á todos la laparotomía.

No emite opinión definitiva sobre la histerectomía vaginal por falta de experiencia personal; pero cree que no está justificado el olvido á que han relegado nuestros ginecólogos esta operación.

53—Reibel Martín.—*Embarazos ectópicos.*—96 páginas.

R. da un estudio detenido del punto, basado en 4 observaciones personales. En la primera observación se trataba de un embarazo abdominal secundario con muerte y enquistamiento del feto; en la segunda se trataba de un embarazo tubo-uterino, en el tercero de un embarazo tubo-abdominal y en el cuarto de un tubario ístmico. Las cuatro mujeres curaron por laparotomía.

54—Rodríguez Fermín.—*Alcoholismo y suicidio.*—44 páginas.

La tesis de R. es un capítulo de un trabajo más extenso en preparación. «El suicidio en Buenos Aires». A juzgar por la muestra que nos presenta R., la obra será una importante contribución á nuestros conocimientos sobre este punto de actualidad.

R. opina que las estadísticas policiales no merecen entera fe por razones que no podemos reasumir aquí. El número de suicidios atribuídos al alcoholismo es demasiado limitado y el número de alcoholistas entrados por ebriedad á las comisarías es mucho menor de lo que indican los boletines estadísticos. A pesar de ello, no se puede negar que es tiempo ya de tomar medidas contra el alcoholismo en el interés de las generaciones venideras.

55—Rottjer Roberto.—*Conservación de movimientos después de las heridas y resecciones articulares.*—62 páginas.

R. estudia las heridas de las articulaciones, la artritis tuberculosa, el mecanismo de los movimientos articulares y los métodos de resección.

56—Roveda Nicolás.—*Gastrostomía.*—46 páginas.

La gastrostomía está indicada en la estrechez esofágica cancerosa, aunque sólo sirve para prolongar poco la vida del enfermo. El proceder de Witzel para gastrostomía es el mejor; 4 observaciones terminan el trabajo.

57—Ruiz Alejandro.—*Asma y Pseudo-asmas (Etiología)* —102 páginas.

Para R., el asma es una neurosis refleja, casi siempre paroxística, que se caracteriza por una disnea espasmódica expiratoria en la cual el número de respiraciones está disminuído y se acompaña de hipercrinia de la mucosa naso-bronquial. Entre los pseudo-asmas estudia R. el asma de origen nasal y sus variedades esternutatoria y de verano; el asma de origen bronquial, pulmonar y cardiovascular; de origen gastro-intestinal, hepático, renal, cutáneo, neuropático, útero ovariano, tóxico y sanguíneo. En el último capítulo, R., estudia el antagonismo que existe entre la tuberculosis pulmonar y el asma.

58—Ruiz de los Llanos Jorge.—*El tratamiento de las metritis por el raspado.*

Exposición del punto seguida de 7 observaciones.

59—Salvador Jaime.—*Enfermedad de Little*—102 páginas.

S. define la enfermedad de Little: una paraplegía espasmódica y congénita de los cuatro miembros, más pronunciada en los miembros inferiores, apareciendo principalmente en los niños nacidos antes de término, caracterizada por el estado espasmódico más que por la parálisis no complicándose ni de fenómenos convulsivos ni de alteraciones intelectuales y susceptible, sino de una curación completa, á lo menos de una mejoría progresiva; teniendo como substratum anatómico probable una falta de desarrollo del haz piramidal ó de los centros córtico-motóres.

El factor etiológico más importante es el nacimiento antes de término. S. no cree que la sífilis tenga la importancia que le atribuye Fournier.

Como tratamiento recomienda S. en los primeros años la educación metódica de los miembros, el masage, la hidroterapia. S. rechaza la extensión continua, la contención en un aparato inamovible, etc., no tiene fe en la eficacia de la electricidad.

Las deformaciones de los miembros deben ser á menudo remediadas por intervenciones quirúrgicas (tenotomías seguidas de la aplicación de aparatos ortopédicos).

6 observaciones, ilustradas por varias fototipías, se hallan al final del trabajo.

60—Uriarte Leopoldo.—*Desinfección.*—70 páginas.

U. estudia las reglas para desinfección que deben seguirse con la difteria, cólera, fiebre tifoidea, fiebre amarilla, tuberculosis, viruela, sarampión y escarlatina.

Estudia en seguida los desinfectantes físicos y químicos.

61—Uva Gerardo.—*Del método en terapéutica.*—66 páginas.

U. estudia los diversos métodos y declara que hay que combinarlos todos y seguir la terapéutica de las indicaciones.

62—WALSH PATRICIO.—*Del forceps en el estrecho superior.*—106 páginas.

El forceps en el estrecho superior es un precioso recurso operatorio en los casos de distocia por estrechez pelviana. Los mejores resultados se obtienen con la aplicación irregular con relación al feto y á la pelvis, según los diámetros oblicuos, con toma fronto-mastoidea. Es en las pelvis moderadamente estrechas, cuyo comjugado varía de 11 á 9 cm. (embarazo á término) donde dicha intervención presenta las mayores ventajas y donde puede ser empleada con preferencia á cualquiera otra. Las infisiotomías, como intervención obstétrica, merecen ser conservadas, pero á condición de dar á sus indicaciones un campo limitado. Entre nosotros, el forceps en el estrecho superior basta á llenar las exigencias del tratamiento por distocia pelviana por estrechez, constituyendo en consecuencia una excelente operación que de ningún modo debe ser abandonada por la sinfisiotomía.

REVISTA DE LA PRENSA

ALBARRÁN—*Cateterismo de los uréteres en el hombre y en la mujer.*

Ha hecho construir por Collin, de París, un nuevo cistoscopio que permite practicar fácilmente en el hombre y en la mujer el cateterismo de los uréteres. El instrumento está provisto de un amplio campo visual que permite ver fácilmente los orificios ureterales y va acompañado de un conducto que deja pasar la sonda. El mecanismo del instrumento está dispuesto de tal suerte que se ven á la vez el orificio ureteral y la extremidad de la sonda; además se pueden imprimir á la extremidad vesical del catéter todos los movimientos que se

deseen, lo mismo de delante hacia atrás que de derecha á izquierda. Estos movimientos son tan fáciles que A. practica ordinariamente el cateterismo de los uréteres en menos de un minuto, y un gran número de sus discípulos han aprendido fácilmente la maniobra. Con su citoscopio se introduce directamente en el uréter una sonda núm. 8 de la escala francesa. Este calibre es suficiente para las necesidades del diagnóstico, pero resulta insuficiente cuando se trata de practicar grandes lavados de la pelvis renal ó se desea asegúrar la libre salida de los líquidos retenidos en las bolsas renales de las hidronefrosis y de las pionefrosis. Por un procedimiento muy simple consigue colocar en el uréter sondas de los núms. 9 al 12. Se sirve para ello de sondas cuyo extremo está cortado y las introduce guiándolas por un largo mandrín de ballena, cuya extremidad es flexible, que coloca de antemano en el uréter por medio del cistoscopio. Con estos instrumentos ha practicado centenares de veces el cateterismo de los uréteres con el triple objeto de hacer investigaciones fisiológicas, de establecer el diagnóstico ó de tratar diversas afecciones. Desde el punto de vista fisiológico ha podido estudiar comparativamente las funciones de los dos riñones en estado normal y en estado patológico. He aquí lo que ha observado en el estudio de las retenciones renales: Sea la retención séptica ó aséptica, siempre la orina del riñón enfermo contiene una cantidad de urea, cloruros y fosfatos muy inferior á la del riñón del lado opuesto; en cambio, la cantidad de orina segregada durante las veinticuatro horas, en las hidronefrosis abiertas, es á menudo más considerable en el lado enfermo.

Desde el punto de vista del diagnóstico, ha podido reconocer estrecheces del uréter desconocidas; ha diagnosticado la hidronefrosis, la hematonefrosis y la pionefrosis, precisando con certeza el estado anatómico y el valor funcional de los dos riñones, ha reconocido los acodamientos ureterales, y ha diagnosticado la tuberculosis renal unilateral en su principio. Desde el punto de vista del tratamiento, es necesario no hacerse ilusiones y no pedir al cateterismo ureteral lo que no puede dar. Este cateterismo puede dilatar estrecheces, puede permitir los lavados de los uréteres, de la pelvis y de los cá-

lices, y aun puede servir de desagüe de la pelvis por las vías naturales, pero todo esto no basta, en la mayor parte de los casos, para curar las lesiones complejas determinadas por la retención renal. En un caso, ha podido curar la estrechez del uréter; en otro enfermo ha visto vaciarse una hidronefrosis, sin que se reprodujera el líquido; en otro caso, la sonda ureteral ha sido suficiente para curar una fístula renal consecutiva á la nefrotomía. En cambio, en algunas observaciones de pionefrosis, la sonda ureteral no ha podido evacuar el pus ó lo ha vaciado de un modo incompleto. Menciona, por último, los numerosos casos en que el cateterismo ureteral es muy útil durante una intervención quirúrgica cruenta. Antes de intervenir en los casos de hidronefrosis y de pionefrosis, es útil colocar una sonda en el uréter; durante la operación, se nota fácilmente la parte superior de la sonda y se puede, como ya lo ha hecho, incindir una estrechez de la porción superior del uréter, ó todavía practicar la uretero-piostomía. En las nefrotomías por pionefrosis, ha hallado una gran ventaja, cuando esto es posible, en desaguar el riñón por el uréter y ha visto de este modo cerrarse la fístula consecutiva á la operación en algunas semanas, cuando de ordinario estas fístulas duran años. A. piensa que el cateterism ureteral está destinado, en el porvenir, á adquirir una importancia, sobre todo desde el punto de vista del diagnóstico; por esta razón, cree que se debe emplear un método como éste, que le parece fecundo en resultados prácticos, y cuya generalización ha sido retardada hasta aquí por dificultades técnicas que hoy día pueden considerarse vencidas.

Apostoli—*La electroterapia en ciertas formas de neurestania.*

La neurastenia, á pesar de los trabajos importantes de los últimos años, sigue siendo una enfermedad imposible de diagnosticar muchas veces y de terapéutica incierta aún. La electroterapia, con los progresos recientes que debe al profesor d'Arsonval, va á ser un recurso utilísimo para el diagnóstico

y tratamiento de esta enfermedad tan rebelde. Expondré, en forma de conclusiones generales, los datos que aporto al estudio de este asunto.

1ª La neurastenia constituye un síndroma clínico del que conviene ante todo reducir la noción patógena para reconocer mejor la evolución clínica y aplicar el tratamiento más apropiado.

2ª Conviene conocer las formas de neurastenia que recaen en enfermos *histéricos* ó *artríticos* que la hacen tomar una fisonomía diferente y pueden exigir una terapéutica especial.

3ª La electroterapia bien empleada es, además de su influencia curativa, un recurso precioso como piedra de toque, destinada á esclarecer el diagnóstico y á darnos á conocer la naturaleza y la evoluóión de tal ó cual neurastenia.

4ª No debe considerarse la mediación eléctrica, como un tratamiento uniforme aplicable indistintamente á todos los casos. Cada modo eléctrico, que utiliza en efecto la energía eléctrica con una tensión, una localización y una curva de excitación diferentes, es útil en cada caso particular con sus indicaciones y contraindicaciones variables.

5ª En general, las aplicaciones parciales y localizadas, farádicas ó galvánicas, cederán el paso, sobre todo al principio de la curación de la neurastenia á las aplicaciones generales, y en particular, bien á los baños estáticos ó á los baños alternos de las corrientes de alta tensión.

6ª Cuanto más se complica lo neurastenia con trastornos nerviosos periféricos (por ejemplo, hemianestesia de origen histérico), más justificado está el modo eléctrico, cuya localización periférica llegue al máximum de tensión (estática ó franklinización).

7ª En las formas artríticas, en las que padece el proceso nutritivo, están más indicadas las corrientes celulares ó corrientes de alta frecuencia.

8ª La apropiación á tal ó cual caso de éste ó de aquel modo eléctrico encuentra su primer justificación en la tolerancia ó intolerancia de los enfermos revelada por la clínica. En histéricos en estado de anestesia, por ejemplo, ó de hipoexcitabilidad cutánea (hemianestésicos), sólo está indicada

por lo general, la estática. El baño estático simple, y el azufre, suele ser suficientes para curar ciertos casos, pero es necesario casi siempre combinarles con la revulsión con *chispas* que, localizadas en la columna vertebral, son bien toleradas y producen en la mayor parte de estos enfermos una mejoría casi inmediata. En los histéricos hiperestésicos, puede aplicarse el mismo tratamiento estático pero á dosis más moderadas con el auxilio de sesiones cortas, con el baño simple y sin la revulsión por las chispas. En los mismos enfermos histero-anes'ésicos, están indicadas de ordinario las frecuencias altas y todos ellos soportan algo peor la autoconducción por el gran solenoide, del que no se obtiene un gran beneficio.

9ª Los *artríticos*, y en general, todos aquellos en los que la nutrición es lenta y no padecen histerismo, son de ordinario muy sensibles al choque de las chispas estáticas que toleran, y obtienen en cambio un gran beneficio del tratamiento por las altas frecuencias.

10ª En muchos casos, en enfermos neuro-artríticos, es útil asociar sucesiva ó simultáneamente los dos tratamientos (estática y alta frecuencia) para activar y completar la curación de la neurastenia.

Dr. Benedict—*Biomecánica.*

Expone algunas ideas sobre la transmisión mecánica de las excitaciones de los centros nerviosos. Cada excitación de desarrollo de crecimiento repercute del cerebro á la cubierta, al cráneo. En patología la cefalalgia está en correlación con la excitación cerebral. Toda excitación craneana repercute sobre el cerebro, siguiendo un mecanismo análogo al de la acción producida sobre los órganos internos por las excitaciones cutáneas. La ley de transmisión de las excitaciones externas en el medio interno, demuestra que si bien ciertas fibras conducen excitaciones, no ocurre lo mismo con otras. Las transmisiones se asemejan al proceso de electrolisis; no son directas sino que siguen una vía interrumpida. Hay en este caso un mecanismo análogo al de los acumuladores. ¿Existen las mismas relaciones de consonancia para las transmisiones nerviosas fisiológicas y para las excitaciones

patológicas? Es indudable pero no son idénticas. La excitación producida por las neuritis ocasiona el dolor; estas excitaciones determinan, por el contrario, focos reflejos, y no están en consonancia con los centros motores. Ciertas excitaciones, la del útero, por ejemplo, tienen, por el contrario, consonancia sobre los centros motores, y no suelen obrar sobre el sensorio.

Las excitaciones nerviosas de un lado, obran sobre los dos, Las patológicas se comportan de igual manera, pero tienen leyes de consonancia más importantes que las excitaciones fisiológicas.

Hay formas según las cuales las excitaciones patológicas se transmiten de la periferia á los centros nerviosos: 1º Se dirigen hacia el sensorio. 2º En otro segundo tipo, el proceso de irritación se propaga siguiendo las vías fisiológicas. 3º En el tercer tipo, del que es un ejemplo el cáncer, se propaga de una manera incoherente. Lo mismo acontece en la ataxia y en la demencia. Las degeneraciones secundarias no siguen las vías fisiológicas. Es preciso estudiar en cada caso lo que se difunde desde el foco morboso siguiendo vías divergentes, y lo que se propaga por las vías normales.

VIGOUROUX : - *Patogenia y tratamiento del bocio exoftálmico.*

Hay en la enfermedad de Basedow dos intoxicaciones de origen distinto, y que se superponen. La primera es la intoxicación diatésica, que se localiza de preferencia sobre la glándula tiroides; la otra, consecuencia de la primera es la intoxicación tiroidea propiamente dicha. Es lógico suponer que el veneno, de procedencia intestinal, no obra siempre de igual manera sobre el tiroides, y que muchas veces en vez de la vaso-dilatación con excitación funcional que produce el síndrome basedowniano, resulta el estado opuesto, es decir, la vaso-constricción y depresión funcional que conduce al mixœdema. Esta comunidad de origen de las dos afecciones, cuyo antagonismo es al parecer tan absoluto, permite comprender la coexistencia, en ciertos casos, de síntomas basedownianos y mixœdematosos. La parte del hígado en la génesis de la enfermedad de Basedow, no excluye la posibilidad

de una etiología efectiva. Conocida es la influencia de las emociones sobre el aparato hepático.

Estas consideraciones le han conducido á formular un tratamiento racional completo, cuya eficacia atestigua una práctica de veinte años en la Salpêtriére. El tratamiento puede dividirse en dos partes: 1ª Tratamiento general: se dirige á la vez al estado diatésico y á la intoxicación tiroidea. Su importancia es fundamental. Consiste principalmente en medios higiénicos, y la dificultad principal de su aplicación es debida á que se trata de dos estados opuestos de la nutrición del enfermo, que se suceden alternativamente. Es lo que demuestra el análisis urológico. La orina presenta unas vecas los caracteres artríticos, y otras los contrarios, es decir, los de la desasimilación exagerada y de la denutrición. 2º Tratamiento sintomático. Consiste en la faradización carotídea.

Darier: *El protargol en terapéutica ocular.*

En la oftalmía purulenta, y en general, en todas las afecciones secretorias de la conjuntiva, se considera hoy el nitrato argéntico como específico, por decirlo así; pero en un órgano tan sensible y tan delicado como el ojo, dicha substancia ejerce una acción muy cáustica, brutal en demasía. Propone sustituirla por combinaciones orgánicas de plata, las que, gracias á su propiedad penetrante y á lo enérgico de su acción antiséptica, producen resultados terapéuticos excelentes sin el dolor y la reacción violentas que son constantes en las cauterizaciones por el nitrato argéntico. Desde hace dieciocho meses, emplea con tal éxito el etileno-diamino-fosfato de plata, y ha abandonado el uso del nitrato argéntico. Pero hay un nuevo producto, el protargol, combinación de proteina y de plata que ha de sustituir con ventajas á todas las demás sales argénticas, porque tiene propiedades irritantes y bactericidas enérgicas, no es irritante y sus disoluciones se conservan mucho tiempo sin alterarse. El protargol tiene además la ventaja de que sus disoluciones no precipitan por la albúmina, los alcalinos, los sulfuros; etc. Puede combinarse también con la cocaina, lo que abre un horizonte nuevo á la terapéutica de las afecciones conjuntivales.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Marzo 31 de 1898 Nº. 6

CÁTEDRA DE PATOLOGÍA GENERAL

Prof. **R. Wernicke**

SOBRE LA COLORACIÓN DE LA PIEL

En los tratados corrientes de semiología y aún en los de anatomía habréis visto consignado con regularidad, que la coloración normal de los enfermos es de un blanco más ó menos mezclado al bruno, lo que no debe extrañar al considerarse que casi todos estos autores pertenecen á la raza blanca, la antes designada *caucásica*. Me supongo que los tratadistas japoneses y otros de raza de color se expresarán de otra manera; no lo he podido comprobar y agradeceré al que me suministre datos sobre el particular.

Entre nuestros enfermos, la coloración de la piel varía en límites mucho más latos; debido es esto á nuestro cosmopolitismo y al residuo de sangre indígena que aun conservamos.

Habréis visto en nuestra sala, en nuestro consultorio, ó, por lo menos, en nuestras calles, una variedad de tin-

tes que no se ofrece en igual magnitud á vuestros comilitones europeos.

El ruso, el sueco, el alemán de piel casi nívea, y el negro africano puro ocupan los puntos extremos de la escala cromática que habéis podido observar; entre estos dos extremos se hallan los malayos, los indios americanos, los indus, los mongolos y una porción de otros; complicándose mucho más aún el problema para clasificar las diversas coloraciones por las cruzas entre estas diversas razas, productos de cruza que se han designado ó descrito como chinos, mulatos, zambos, cuaterones, criollos, pardos, etc., etc.

La coloración en las diferentes razas y en sus múltiples cruzas no será el motivo de esta mi exposición: es este un tema de antropología ó etnología sobre el cual harán sus estudios especiales, en los tratadistas que existen, todos aquellos que por la cuestión tengan algún interés.

Sin necesidad de establecer una escala de colores, ó sin establecer un color normal, podemos abordar hoy perfectamente bien la cuestión de las variaciones de la coloración de la piel en los enfermos que examinemos.

La coloración de la piel depende de la estructura de la misma y de la calidad y cantidad de substancias colorantes que dentro ó sobre la misma se hallan.

Recordáis todos de la clase de histología que poseemos en nuestra red de *Malpighi*, una cantidad variable de pigmento negro ó pardo, que los que tienen tez más obscura poseen mayor cantidad de pigmento y que este pigmento es tanto más visible, cuanto menos gruesa sea la capa de epidermis que lo cubre.

En la coloración de la piel, ejerce, especialmente entre los que somos blancos, un rol especial una capa de la epidermis: me refiero á la capa granulosa, á esa capa de células en las cuales empieza la queratinización y que se hallan llenas de granulitos de eleidina.

Esa capa granulosa es la que hace que nuestra piel no sea roja, que no se vea al través de ella la sangre que

contienen los vasos que en tan tupida red ocupan el dermis. La carencia de esa capa granulosa en la piel de los labios permite ver al través de la piel la hemoglobina en los capilares; la coloración roja de ciertas cicatrices, especialmente de quemaduras extendidas, es debida también á la carencia ó exigüidad de la capa granulosa como para impedir que un tinte rosado la atraviese; las mejillas rosadas de mujeres, niñas y algunos hombres tienen ese color porque allí la red vascular está más llena, porque allí la cantidad de hemoglobina es tan grande, que los rayos rojos que ella refleja vencen el obstáculo epidérmico.

En los casos de inflamación de la piel, en los casos en los cuales hay en ella por una ó por otra causa un aflujo mayor de sangre, el tinte rosado se hace notable, pudiendo éste ocupar grandes extensiones ó limitarse á pequeños territorios cutáneos.

Los febricitantes suelen tener la cara roja, los escarlatinosos tienen rojo todo el cuerpo, la congestión cutánea debido á la vergüenza ocupa la cara, el cuello y, según algunos, también el cuello, el seno y dorso de los que la pasan: recuerdo haber leído que el sonrojamiento debido á esa impresión moral se extiende á toda la parte del cuerpo que se acostumbra usar descubierta; dato que no he podido comprobar, aunque más de una vez he visto ruborizarse un cuello ó una nuca.

El tinte rojo de la hemoglobina oxigenada atraviesa difícilmente las capas epidérmicas ó es fácilmente encubierto por el tinte pardo del pigmento de la piel: no sucede igual cosa con la coloración azulada propia á la sangre venosa ó mal oxigenada. Individuos apenas rosados se ponen azules, lívidos, morados por la acción del frío, ó cuando por una alteración de la hematosis se halla la sangre recargada de anhidrido carbónico. Por la acción del frío, se produce á consecuencia de una dilatación vascular una diminución en la rapidez de la circulación cutánea; se conserva en los capilares y las venulas sangre pobre en oxígeno, limitándose esa coloración á regiones determinadas y pequeñas del cuerpo, generalmente territorios periféricos: nariz, orejas, pómulos, manos, dedos de los pies.

Cuando hay perturbación de la hematosis, se pone azulado todo el cuerpo, siendo el tinte tanto más marcado, cuanto más delgada es la piel de una región ó cuanto más rica en vasos es ella. Si las regiones del cuerpo, que por la acción del frío se coloran más fácilmente de morado, son las que más moradas se presentan en casos de mala hematosis, es porque en esas regiones se añaden á la causa que cambia la coloración de toda la sangre, las dificultades circulatorias más ó menos fáciles de reconocer.

La piel azulada ó morada se llama *piel cianótica*; acostumbramos también hablar de cianosis á secas.

Desgraciadamente este término de *cianosis* se usa también por algunos para designar una enfermedad determinada: la ausencia de una válvula cardíaca ó la existencia de una comunicación análoga entre la circulación arterial y la venosa.

El uso de esta expresión *cianosis* para designar una enfermedad (ó un grupo de enfermedades) es un abuso que debemos perdonar, pues que se ha dado el nombre del síntoma notable como ningún otro á estas lesiones casi siempre congénitas.

Los atacados de cianosis, enfermedad azul ó de persistencia de comunicaciones intracardíacas ó intravasculares, que tuvieron su razón de ser durante la vida fetal, presentan efectivamente un tinte azul que llama la atención de todos los que llegan á ver al enfermo; tan es así, que casi todos ellos tienen apodos en los que interviene como epíteto la palabra *azul*.

Una coloración análoga á la cianosis, pero por otra causa, se puede presentar en el transcurso de determinados envenenamientos. Envenenamientos por substancias que ingeridas pasan á la sangre y descomponen su hemoglobina dando lugar á la formación de *methemoglobina*. Envenenados por la anilina, la nitrobencina, y la antifebrina se ponen lívidos y azules en todo el cuerpo, y, como para la cianosis, sobre todo en aquellas partes en las que el tinte azul se ve más fácilmente, cara, manos y uñas. No reaccionan con igual intensidad todos los sujetos; si algunos pueden tomar impunemente un gramo de antifebrina, otros sufren consecuencias graves

por la ingestión de algunos centígramos. En un caso que yo ví, diez ó doce centígramos de este remedio provocaron un cuadro sintomático alarmantísimo, que por suerte para mí no tuvo mayores consecuencias.

Las manchas rojas ó azules, los *naevi sanguinnei*, las *teleangiectasias* de los autores, que observamos frecuentemente en la piel de nuestros clientes, esas manchas coloreadas que las viejas y muchas que no lo son, atribuyen á *antojos*, son también debidas á una modificación en la irrigación cutánea normal; son coloraciones de la piel producidas por la existencia de mayor cantidad de sangre en regiones determinadas, en las que se pueden observar por un examen atento vasos más numerosos ó de mayor calibre que en el resto del tegumento.

Para los que tienen poca práctica, y aún para los avezados cuando se trata de manchas de reciente formación, suele ser difícil distinguir manchas rojas en la piel debidas á una extravasación de la sangre, de manchas producidas por acumulación de sangre dentro de los canales que normalmente la contienen. Un pequeño *truc* permite la diferenciación segura é inmediata; por la compresión se puede desalojar de los vasos la sangre que ellos contienen; la sangre extravasada no desaparece bajo el dedo que comprime. Para el caso en el cual se trata de manchas pequeñas que la pulpa del dedo que comprime cubriría y ocultaría de esa manera al observador, es cómodo ejercer la compresión con una plaquita de vidrio blanco, al través del cual puede controlarse el aspecto de la mancha que se estudia y que palidecerá por la compresión si no se tratara de una hemorragia. El procedimiento de examen con una placa de vidrio que se emplea para comprimir, se usa por los dermatólogos con el nombre de *phaneroscopia*, procedimiento que permite ver cosas ocultas.

Para poderse creer que una mancha roja sea debida á sangre extravasada y no á un mayor aflujo, es necesario que se trate de una mancha de muy reciente formación,

como ya anteriormente lo dijimos. Sangre extravasada, ya á las pocas horas de producirse el derrame, casi nunca se presta á juicios erróneos; el color morado y la forma de la mancha imposibilitan todo error de apreciación. Todos habréis visto y tenido moretones en la cara, en el tronco ó en los miembros, y habréis tenido la oportunidad de verificar la exactitud de lo que acabo de decir.

Un moretón ó un cardenal de un día ó más de antigüedad presenta los cambios de coloración debidos á la transformación de la hemoglobina oxigenada en hemoglobina reducida primero, en hematina y hematoidina más adelante.

La mancha primitivamente roja se pone luego azul, depués verde, y, finalmente, amarilla: esta metamorfosis del pigmento sanguíneo, que generalmente no se hace por igual en toda la extensión de una hemorragia cutánea ó subcutánea, quedando los que la llevan de oro y azul, hace aparecer tantas veces ridículos á los que han recibido golpes en la cara. Los cardenales, los moretones y las otras manchas hemorrágicas que la piel suele presentar, han recibido nombres variados en dermatología ó en clínica. Se trata de manchas y como tales se las llama *máculas,* las que á su vez se dividen según la extensión en petequias, víbices y sufusiones.

El tiempo que necesita un cardenal para evolucionar desapareciendo, varía según su magnitud, según el sitio en que se halla y según el individuo que la posee; cuanto menor la hemorragia, cuanto más activa la circulación en el punto lesionado, cuanto más fuerte el individuo, tanto más pronto desaparecerá la mancha.

Por causas que no conocemos hasta la fecha, puede ocurrir que no se produzca la reabsorción de una parte ó de toda la sangre derramada cuyo pigmento á veces no se modifica en la forma indicada, y pueden permanecer á perpetuidad los cardenales y moretones, los que si están en partes visibles del cuerpo suelen mortificar como comprenderéis á los que los tienen y aún á aquellos á quienes se consulta para verse libres de ellos.

Si por suerte es raro observar la persistencia de una coloración anómala á consecuencia de un traumatismo

que produjo una hemorragia cutánea, es desgraciadamente frecuente la lucha que nos vemos obligados á emprender para hacer desaparecer la coloración parda ó negruzca que ofrecen ciertas cicatrices, vestigios muchas veces indelebles, que nos prueban que existía en una región de la piel un proceso ulceroso ó inflamatorio de mucha duración.

Las llagas que duraron meses ó años en cicatrizar, las regiones de piel que fueron por largo tiempo sitio de inflamaciones intensas, dejan comúnmente como recuerdo una coloración intensa en la región que ocuparan.

Las úlceras varicosas de las piernas, los eczemas crónicos debidos á la misma causa, no desaparecen sin dejar á la pierna con manchas más ó menos grandes de un color, que aun en los de razas blancas, llega á ser á veces tan negra como la tez de un negro africano. Cualidades propias á determinados individuos juegan en estos casos un rol que no alcanzamos á comprender. El causante, aún desconocido, de la sífilis deja, cuando provoca ulceraciones, frecuentísimamente cicatrices coloreadas.

Los piojos de espalda (*pediculus vestimentorum*), las ladillas (*pediculus pubis*), si han sido dueños por largo tiempo del cuerpo humano, producen en él coloraciones obscuras. Manchas redondas que confluyen, que tienen su punto de partida en las picaduras de esos insectos que al sacar sangre depositan en la piel alguna materia irritante. Los lomos de los piojosos, la región pubiana de algunos descuidados, suelen asemejarse en su color á la piel del tigre, así como suele colorearse intensamente á causa de las inflamaciones repetidas y prolongadas la piel de los sarnosos que se abandonan.

Habréis visto emplear, ó por lo menos oído decir, que se emplean en medicina medicamentos que irritan la piel; esas irritaciones que provocamos, esas inflamaciones dérmicas que usamos con fines terapéuticos, suelen producir igualmente alteraciones de coloración sobre cuya génesis estamos aún bastante á obscuras.

Si recorremos los enfermos de la sala, en gran parte de ellos vemos en uno ó varios puntos del cuerpo manchas redondas ó cuadradas, con bordes bien netos y que

son la prueba de que un agente irritante, un cáustico, ha sido aplicado en ellos. Las cantáridas, el yodo, el amoníaco, la tapsia, la mostaza, el tártaro estibiado, el aceite de crotón, un simple parche de brea, pez ú otras substancias de las que hoy menos empleamos, han sido los agentes terapéuticos á que debemos inculpar el maleficio. Más de un colega se ha malquistado con una cliente y aún con toda su parentela, por aplicarle sin pensar en las consecuencias remotas que su remedio pudiera tener, un agente de estos en la cara, el cuello ó el seno; afrentando para siempre una cara ó impidiendo á una persona del sexo débil el presentarse de *grande tenue*, con descote.

En quiénes y porqué se producirán esas manchas no lo podemos prever: la misma substancia puede tener en el mismo sujeto en diferentes partes del cuerpo ó á diferentes épocas de la vida efectos diversos, que debemos no olvidar.

El pigmento dérmico normal tiene un papel importante en la producción de la coloración de la piel, pero ya habréis visto que este rol no es tan preponderante como probablemente habréis creído.

Cuanta mayor sea la cantidad de pigmento que tenga la piel de un individuo, tanto más obscuro será él; cuanto más pigmento se halle en la piel de una región tanto más oscura será esa región: sabéis perfectamente que nuestra piel no está uniformemente coloreada.

La cantidad de pigmento y su distribución varía en los sujetos; existen anomalías de coloración congénitas y las hay adquiridas.

Los albinos nacen sin pigmento, muchas veces de padres pigmentados y sin trasmitir esa cualidad á su prole. Todos habéis visto albinos; casi aseguraría que conocéis á albinos descendientes de padres negros. En Africa los negros blancos (albinóticos) no son desconocidos: en algunas tribus, se cree que éstos son predilectos de los dioses, mientras que en otras se les considera como personajes que tienen parentesco con mandinga.

La carencia congénita de pigmento puede ser universal ó hallarse limitada á determinadas regiones: no se ha podido establecer hasta la fecha si existen regiones del cuerpo en las cuales estas faltas de coloración aparecen con mayor frecuencia.

No puedo deciros en qué época de la vida intrauterina aparece el pigmento cutáneo, ni sabré deciros cómo y porqué se forma.

Es hecho constatado, que los recién nacidos son generalmente más pálidos que sus ascendientes, que los negritos al nacer parecen más bien mulatitos que morenos, pronto se obscurecen.

La carencia de pigmento cutáneo congénito debe ser mucho más frecuente que el exceso del mismo; no conozco por haberlo visto un solo caso de niño negro nacido de padres blancos; los casos sobre que he tenido noticia por lecturas son todos casos para los cuales no es imposible hallar una explicación más sencilla: una madre blanca da á luz hijos negros solo en parajes en los cuales hay negros, de los que puede haberles sido facilitado el pigmento. Para alguno que otro caso puede hallarse la explicación acudiendo al fenómeno llamado *atavismo*. Un residuo de sangre negra en alguno de los progenitores, que se muestre en potencia por causas que ignoramos.

Los hijos morochos de padres rubios tienen su tinte debido á la acción de la herencia salteando una ó más generaciones.

En la lucha por la vida parece que el rubio tiene que ceder (en la actualidad, por lo menos) su puesto al bruno; los franceses de antaño eran rubios; ya no puede calificarse de tal el tipo de esa nación: en Alemania, en los matrimonios entre rubio y moreno, el número de hijos morenos predomina; es posible que de aquí á algunos siglos ese tipo, el moreno, sea el que predomine en toda la Alemania, como que es ya muy frecuente en algunos distritos. ¿Qué ventajas reportará á nuestra especie el no ser rubio?

Acumulaciones de pigmento en limitadas regiones cutáneas son frecuentísimas; los lunares, cuyas formas y ubicaciones caprichosísimas son conocidas.

En algunas familias son constantes lunares en sitios determinados; la experiencia personal de cualquiera de vosotros me basta para no entrar á citar ejemplos.

Que los lunares pigmentados no tienen nada que hacer con antojos, con impresiones morales de las mujeres en cinta y otras fantasías análogas, no tendré necesidad de refutarlo aduciendo argumentos.

Durante la vida extrauterina se producen anomalías de coloración por una serie de influencias que podemos enumerar, en parte sin dar por cierto explicaciones satisfactorias sobre su mecanismo ó quimismo.

Todos tenemos más obscura la piel en las regiones que llevamos descubiertas; nuestras caras y nuestras manos son por lo general más obscuras que el resto de nuestro cuerpo. Los que acostumbran usar descubierto el pecho, como por ejemplo una gran parte de los jornaleros y muchos marinos tienen una región external superior más pigmentada; la acción del aire ó de la luz ó de ambos factores reunidos produce una pigmentación más intensa. Una estadía de campo con exposición á rayos solares hace que volvamos *quemados* de las vacaciones. Cómo y porqué se produce esta coloración, está por averiguarse.

Parece indiscutible que la coloración de la piel se halla bajo la influencia del sistema nervioso: probablemente son nervios tróficos (podrían quizá ser vasomotores) los que intervienen en estos casos, ya sea porque se hallan alteraciones en los centros ó lo que parece más frecuente, en las ramas periféricas.

La existencia de lesiones centrales permite explicar mejor la aparición de alteraciones simétricas. Las anomalías de pigmentación de origen nervioso son casi siempre diminuciones del pigmento: las llamadas placas de vitiligo ó de albinismo circunscrito, los mal llamados leucomas cutáneos. Las manchas de vitiligo que

pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, primeramente aisladas, suelen fusionarse más adelante, llegando á ser ellas tan grandes que ocupan al fin toda la superficie cutánea: son á veces tan extensas, que es díficil decidir si se trata de un moreno que se ha blanqueado ó si tenemos por delante á un individuo blanco con manchas parduzcas. Tuvimos en un tiempo ocupando la cama nº 11 de la sala á un enfermo, italiano, de una blancura extraordinaria: fué moreno en un tiempo, conservando como único vestigio de su coloración normal sólo algunas placas de bordes bien netos en la piel del pene y de las bolsas. La forma de estas manchas es característica: en ellas pueden notarse que se han formado por fusión de manchas más pequeñas asemejándose á dibujos geográficos. En chinos, en mulatos y en negros, las manchas blancas son mucho más notables, por ser mayores los contrastes entre piel pigmentada y piel libre de pigmento: los individuos estos, parecen overos, manchados, tobianos. Las regiones del cuerpo que normalmente tenemos pigmentadas más intensamente, son aquellas en las que las placas de vitiligo más fácilmente se verán. Los negros overos son frecuentes; *pyenegroes*, *negros urracas* se les llama en los Estados Unidos.

La coloración más intensa de los pezones y la aréola de las mamas que en mujeres en cinta ó que han amamentado se produce, probablemente obedece á influjo nervioso, como á causa nerviosa debe responder la coloración parda que en la línea blanca se observa durante la primera preñez; coloración que ya no desaparece y permite diagnosticar embarazos que precedieron y que algunas personas pueden tener interés en ocultar.

A causa nerviosa debe referirse igualmente el paño en la cara de muchas embarazadas, y la misma coloración que suele observarse en enfermas del útero y ovarios, coloración que es más frecuente en las mujeres que han pasado al climacterio, época en la cual las funciones genésicas femeninas han desaparecido.

No debo dejar de mencionar, que una parte de las mujeres de las que se dicen que tienen paño, son mujeres en las cuales la piel de la cara lejos de pigmentarse se decolora por placas.

Los dermatólogos aún están por explicarnos porqué en las manchas de vitiligo es frecuente observar una mancha más obscura en el centro y porqué el borde de las mismas es más coloreado que el resto de piel sana que las rodea; coloración tan marcada en el borde de muchas de estas manchas, que pudieran creerse que el pigmento que desaparece se acumulara previamente en los límites periféricos de la mancha que se desarrolla.

Es la lepra, enfermedad producida por un bacterio bien conocido, aquella en la cual con más frecuencia observamos anomalías de coloración en forma de placas más coloreadas unas veces, menos coloreadas que el resto del cuerpo las más veces, á causa de alteraciones en los troncos nerviosos periféricos; viniéndose á probar el origen de las manchas por influencia de nervios, por las alteraciones de la sensibilidad que en los puntos más ó menos coloreados observamos: las partes de piel con anomalía de coloración son frecuentemente placas anestésicas en las cuales no sienten nada los enfermos ó en las cuales se halla obtusa la sensibilidad táctil ó la térmica. Un examen prolijo permite comprobar el engrosamientos de los nervios que se distribuyen en esas regiones y el examen miscroscópico ha revelado en esos nervios engrosados la presencia del bacterio que produce el mal de Lázaro.

En la enfermedad de *Adison*, cuyo síntoma más notable es una coloración bronceada de la piel, coloración que ha hecho que se le nombre *enfermedad bronceada*, se observa un aumento del pigmento cutáneo que tampoco no sabemos explicar. Nos consta por múltiples autopsias que esta enfermedad, casi siempre fatal se observa en individuos cuyas cápsulas suprarenales han sido destruídas por tumores ó procesos tuberculosos: una parte de los autores atribuye á la destrucción de estos órganos,

otros á una afección del plexo solar que se halla próximo á ellos, la anomalía de coloración cutánea.

Hasta la fecha no se han obtenido por la vivisección resultados de experimentación que permitan decidir la controversia: animales á los cuales se les destruya una á ambas cápsulas suprarenales no cambian de color.

La piel bronceada no es frecuente: sólo he visto á un caso de esa terrible enfermedad, caso que por cierto no fué reconocido como tal por los que asistían al enfermo. La coloración de la piel en los casos de enfermedad de Adison ocupa en los períodos avanzados toda la superficie cutánea: en sus comienzos se notan manchas con bordes poco marcados, manchas que se observan también con forma de figuras que asemejan nubes, en la mucosa bucal y la conjuntiva, permitiendo la aparición de estas manchas establecer un diagnóstico precoz.

Como es frecuente ver en la boca y aún en las conjuntivas de negros manchas negruzcas, es necesario no olvidar entre nosotros, que es posible que una peculiaridad individual, producto de la herencia ó del atavismo, pueda inducirnos en error de juicio.

En los casos pronunciados de la enfermedad, todos los que los vean se convencerán de que el nombre que se le da á la coloración de *piel bronceada*, no podría ser mejor elegido; el caso que yo ví era casi del color de nuestra estátua de San Martín.

Se ha pretendido poder distinguir la tez bronceada de otras coloraciones patógenas, por el aspecto que tienen las cicatrices, las que según unos se colorean más y según otros menos que el resto del cuerpo, lo que significa que no puede echarse mano de ese dato para la distinción. Las partes que más intensamente coloreadas aparecen son las ya normalmente más pigmentadas: ví cuando estudiante, un escroto de blanco que sucumbió á la enfermedad que me ocupa y que era tan negro como el escroto del más negro de los africanos que hayáis visto.

Enfermos á los que se ha hecho ingerir por largo tiempo cantidades grandes de una sal argentíca, tratamiento muy en boga en un tiempo para combatir afecciones medulares insanables, al fin se envenenan; se hallan atacados de *argirismo*. En ellos se colorea la piel, se ponen primero grises y luego color pizarra, como en ellos también se producen depósitos de plata en la mucosa bucal y palpebral; si se desconoce este hecho ó no se le excluye por el interrogatorio puede confundirse á este envenenamiento con la enfermedad de que me acabo de ocupar. Casi ya no se usa al interior la piedra infernal; los coloreados de negro por la plata casi no se observan ya y se pasan años sin que los periódicos nos refieren alguna observación de estos casos desgraciados.

Con lo que se confunde comúnmente la piel bronceada es con la ictericia intensa, el *icterus melas* ó ictericia negra de los antiguos. En los casos de ictericia, por más negra que sea, las conjuntivas quedan amarillas, cuando mucho con un pequeño tinte verdoso.

Clasificamos como *ictérico* el tinte amarillo que presenta el tegumento externo en individuos en cuya sangre circula pigmento biliar, pigmento amarillo que impregna á todos los tejidos. El tinte amarillo en la ictericia se nota sobre todo en aquellas partes del cuerpo que normalmente son blancas: así por ejemplo vemos que en la conjuntiva del globo se reconoce con especial facilidad esa coloración anómala; el fondo blanco sobre que reposa esa mucosa hace notables aún pequeñas modificaciones en la coloración: la ictericia en los negros y en los demás individuos de piel obscura suele reconocerse solamente por el color que presentan los globos oculares. El tinte amarillo en la ictericia puede ser pálido como el color de una lima, más obscuro como el de un limón y alcanza muchas veces un color anaranjado. Ya mencioné que alguna vez se ha hablado de *icterus melas*, en el que ofrecen los enfermos al observador una piel color aceituna: el mecanismo de la producción de la ictericia será tema de

otra exposición: hoy les quiero agregar aún. que la ictericia no es una enfermedad sino un síntoma.

Solemos hablar de un tinte *subictérico* en los casos en los cuales es dudosa la coloración amarilla que notamos.

Enfermos que son portadores de tumores malignos, enfermos con cánceres, tienen á menudo una tez coloreada de manera especial; un tinte *pajizo* ó *terreo* tinte que se clasifica de *caquéctico*.

Sabemos de este tinte. que es una frecuente consecuencia de neoplasias, y estamos por averiguar cómo obran esas neoplasias produciendo el cambio de color cutáneo en los que se hallan atacados por ellas. El tinte caquéctico no es propio á determinada clase de tumores, pero es siempre un signo de malísimo augurio.

La canicie constituye una modalidad del cambio de coloración de la piel de nuestros enfermos; se manifiesta la canicie como signo casi constante de la vejez; hay familias enteras en las cuales se observa una canicie precoz que puede presentarse ya en la pubertad.

Es casi indiscutible que la coloración del cabello y de los pelos del resto del cuerpo puede ser influenciada por el sistema nervioso; vemos enfermos con media cabeza encanecida después de haber sufrido fuertes neuralgias craneanas; las manchas albinóticas suelen llevar pelos ó vellos completamente decolorados. Algunos autores sostienen las que impresiones morales pueden hacer encanecer á los que las han sufrido en el tiempo de pocos días y aún horas.

Se asegura haberlo podido observar en reos que se hallaban en capilla. La gran mayoría de los casos observados pueden explicarse por descuidos cosméticos: los que á mí han sido presentados, todos eran casos en los cuales se había omitido el tinte ó en los que el cabello ó la barba habían sido mal teñidos.

Finalmente, observamos cambios de coloración por pigmentos que se hallan sobre la piel. Son de especialísimo interés y deben ser motivo de estudio detenidos, aún los casos de *cromhidrosis,* casos de secreción sudoral coloreada.

Los individuos que sufren de esta anomalía secretoria son más frecuentemente del sexo femenino, y la región más frecuentemente atacada es la cara y con más especialidad las regiones palpebrales. En un caso que tuve la ocasión de ver se trataba de una niña tuberculosa, que amanecía regularmente, por una temporada, con ojeras negras, ojeras que desaparecían con el lavado matinal, pero que solían reaparecer en la tarde: el pigmento que produce el tinte parduzco probablemente es un pariente del índigo ó añil.

Crecen sobre y dentro de nuestra piel hongos que modifican su coloración y aún su estructura. Sobre la piel del tórax de enfermos debilitados se suelen hallar manchas color oliva, producidas por el *microsporon furfur* cuyas esporas verdes producen el reflejo de que hablo; son las manchas denominadas de *pitiriasis versicolor* por el tinte ó *tabescentium* por ser más frecuente en los demacrados.

Estas manchas no resisten á una higiene formal; haciendo desaparecer las capas de epidermis que contienen al hongo, la coloración desaparece.

Otro hongo cutáneo es el *trichofitón* que produce á la vez de descamaciones irritaciones de la piel que se manifiestan por su color rojo.

Cuando la epidermis se desprende en forma de escamas secas que aún quedan adheridas al dermis ó capas profundas de la epidermis suelen verse manchas blancas ó nacaradas, semejantes á las que se verían haciendo caer gotas de estearina sobre la piel, como en la psoria-

sis; estas coloraciones, estas placas ó escamas volverán á ocuparnos con más detenimiento cuando tratemos de las erupciones: los exantemas.

Tintoreros y otros operarios que tienen que manipular substancias colorantes, puedan presentar coloreadas diversas partes del cuerpo, como suelen tener coloreados sus dedos los estudiantes de histología cuando se descuidan al manejar las soluciones de eosina y otros reactivos.

Picapedreros, fabricantes de limas, aguzadores de muelas de molino y grabadores en plata, tienen á veces en sus manos manchas indelebles, que provienen de la penetración en su piel de partículas de metal: hierro ó plata. Estas manchas tienen su importancia para los médicos legistas á quienes pueden servir de indicio para establecer la identidad de vivos que no quieren ó de muertos que no pueden decir quiénes son. Se pueden calificar estas coloraciones de *tatuajes profesionales.*

Los tatuajes, profesionales lo mismo que los que se practican muchos individuos por costumbre ó por vicio, no desaparecen sino después de muchísimos años; á los tatuajes verdaderos se les ha dado importancia grande por algunos que creen que se les halla con más frecuencia entre los criminales que entre la gente honrada. El tatuaje entre los salvajes es considerado un adorno, entre la gente calificada de civilizada deben considerarlo lo mismo la mayoría de los portadores de ellos, y es notable cuán frecuentemente se ven representadas obscenidades en las figuras con que suelen adornarse.

Las dimensiones que tienen esos tatuajes suelen ser considerables: las pequeñas cruces, anclas, corazones, flores, etc., etc., tienen como «*pendants*» grandes dibujos representando escenas ó paisajes.

BREVE NOTA SOBRE ALGUNOS ENSAYOS DE HEMOTERAPIA Y DE SEROTERAPIA EN LA SÍFILIS

Por el **Dr. Luis Jullien,** cirujano del Hospital Saint Lazare (París) miembro corresponsal del C. M. A.

A principios de 1896, recogí sobre el cuello uterino por un procedimiento que he indicado anteriormente, *la sangre de una antigua terciaria, venida al servicio por úlceras antiguas y por una exostosis* y la inyecté en su estado natural á una fuerte muchacha de 22 años, recientemente infectada y en la que comenzaban á manifestarse los primeros signos del exantema específico (enferma núm. 998). Hice una primera inyección de dos centímetros cúbicos el 5 de Enero y una segunda de tres centímetros cúbicos el 13 de Enero.

La erupción pareció al principio disminuirse, pero bien pronto apareció una serie de accidentes; dolor de cabeza muy fuerte, pápulas mucosas, recrudescencia del exantema que me obligaron á instituir el tratamiento mercurial. No había notado ningún síntoma en el lugar de la inyección y casi ningún malestar general, si se exceptúa una sensación de frío que sobrevino hacia la noche, una tendencia al entorpecimiento y una elevación de temperatura que no pasó de 37,9°.

No renové este ensayo.

En Julio de 1897 tuve ocasión de recoger una cantidad bastante grande de *líquido ascítico en un sifilítico hidrópico por cirrosis hepática* y tuve la idea de inyectarlo á enfermos del período secundario en su estado inicial. Yo me había cerciorado: 1°, que el líquido recibido asépticamente en recipientes preparados había quedado estéril; 2°, que su inyección á cobayas no era seguida de ninguna manifestación mórbida en estos animales.

Primer caso. La primera enferma, la mujer N., de 22 años (núm. 1511) recibió en 15 inyecciones 93 centímetros cúbicos de ascitis sin ningún síntoma local ó

general, sin fiebre, sin albúmina, pero los síntomas específicos no mejoraron en nada. Cesó y empleé el mercurio cuando la región del homoplato se cubría de manchas y pápulas cobrizas, de disposición corimbiforme y al mismo tiempo que se iniciaba una hiperostosis frontal. Las fricciones dominaron bien pronto estos accidentes.

Para ser completo diré que esta mujer era pequeña y de constitución enfermiza, su peso era de 50 kilos.

Segundo caso. Muy distinto fué el resultado en la segunda enferma, María C., de 51 kilos de peso, (número 1536). El cutis empezaba á llenarse de pequeñas manchas de roseola urticaria.

El 10 de Julio empecé las inyecciones del líquido ascítico; de una jeringa ordinaria de Pravaz pasé bastante rápidamente á las dosis de 5, 10, 15, 20 y aún 40 gramos, tanto que el 30 de Agosto habíamos inyectado con mi interno Sibut 520 gramos en 17 inyecciones sin otro accidente local que un poco de edema hacia el fin, en el momento de las dosis fuertes. En cambio, el resultado terapéutico había sido muy bueno, completamente comparable al de un tratamiento mercurial bien seguido. Todos los accidentes habían desaparecido y el peso de la enferma había subido de 51 á 54 kilos.

En Septiembre y en Octubre combatí por tópicos locales dos ó tres placas mucosas. En Noviembre, el peso era de 58 kilos. El tres de Enero salió del Saint Lazare completamente curada para entrar en un convento.

Hacia fines de Febrero me fué enviada por aftas que curaron espontáneamente. Hoy día está libre de toda manifestación. No ha tomado un átomo de mercurio.

Un número tan pequeño de hechos no se presta á vastas conclusiones. Haré notar, sin embargo, la inocuidad del procedimiento y su aparente eficacia una vez sobre dos. Pedir al líquido ascítico de un sujeto seguramente sifilítico la toxina curativa que otros han pedido al líquido de hidrócele (Bocck, Vienrovsky, Cottrel) á la leche de mujer (Tommasoli) es obedecer á una inducción lógica y racional y creo la empresa digna de ser proseguida. Tommasoli parece haber sido menos feliz en siete casos en los que se sirvió, como yo lo he hecho, de suero hidrópico, lo que me era desconocido en el mo-

mento de emprender mis investigaciones. En efecto, él observó cefaleas, vértigos, accidentes convulsivos y adenopatías dolorosas y tórpidas, con dolores en los miembros inferiores. Yo no he observado nada semejante. María C. sufría, es cierto, dos meses después de la última inyección, de una artropatía de la rodilla izquierda, pero el tratamiento más sencillo la curó fácilmente.

ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

«De la Prueba pericial»

REFUTACIÓN DEL DR. ALBA CARRERAS

Con la convicción de que las afirmaciones dadas á la publicidad, por personas de significación y competencia, constituyen elementos de juicio decisivos á veces, que pueden representar hasta las bases fundamentales de un organismo de doctrinas y prácticas en orden á la legislación y á la enseñanza, me voy á permitir refutar en forma breve y concisa, las conclusiones insertas en el folleto que con el rubro «De la Prueba pericial» ha hecho conocer el distinguido profesor sustituto de Medicina Legal Dr. Francisco de Veyga.

Consideraré tan sólo la parte que se refiere á las pericias médico-legales, confesando que es solo una rectificación de hechos desconocidos por el Dr. de Veyga, por cuanto mi carácter de Médico de Tribunales de la Capital y profesor sustituto de Toxicología, me obligan á conocer la jurisprudencia, prácticas, necesidades y todo lo que se roza con esta importante cuestión.

Empieza el Dr. Veyga, afirmando que «*en nuestro país no hay monopolio legal para el ejercicio de la Medicina forense, aun cuando así lo haga creer el hecho de existir peritos oficiales: éstos son contados, por una parte, y por otra tienen limitado su papel á ciertas actuaciones señaladas en las leyes que han creado sus puestos; de modo que en nada ó en muy poco, impiden á los demás colegas participar de los*

beneficios que les pudiera reportar la aplicación de sus servicios profesionales á la justicia.»

Para contestar las aserciones que envuelve la anterior transcripcion, sólo copiamos el texto de la ley que creó el cuerpo de médicos de Tribunales y que dice: «*Créanse seis médicos para autopsias, reconocimientos é informes Médico-Legales decretados de oficio, ó á petición Fiscal en la justicia ordinaria y Federal de la Capital.* Esto es, precisamente, lo que se ejecuta por dichos funcionarios, desde la fecha de la promulgación de aquella ley el año 1896, renovada en 1897 y 1898.

Entonces, pues, no es como afirma el Dr. de Veyga el papel legal de los médicos de los Tribunales *limitado sólo á* ciertas actuaciones, sino que envuelve todo un cuerpo de obligaciones ineludibles, imperativas, prescritas en absoluto por una ley de la Nación.

Así sucede en efecto, prácticamente. Desde el momento en que el sumario, mediante el dictamen elevado por el Médico de Policía en su caso, al Comisario de Sección, queda encuadrado en la jurisdicción correspondiente, la autopsia si fuere necesaria y todo reconocimiento posterior, se efectúa por los médicos forenses, lo que no podría ser de otro modo, sino contrariando la ley. Cuando el juez de sentencia necesita ampliaciones ó cualquier género de información designa á dichos funcionarios, y por último, si la Excma. Cámara de Apelaciones necesita todavía una nueva investigación, también la ordena á los mismos.

Se ve que por la ley no hay monopolio legal para el ejercicio de la Medicina forense, pero sí hay prescripción de que los nombramientos de oficio para ejecutar autopsias, reconocimientos ó informes Médico-Legales, han de recaer necesariamente sobre dichos facultativos.

Además: por el art. 1º de la ley de 25 de Junio de 1896, se resuelve que «*en el caso en que por las leyes los jueces de la Nación deban nombrar de oficio ó á petición fiscal, Médicos ó Químicos, para expedir informes, ó hacer exámenes periciales, esos nombramientos deberán recaer en primer término*

en los Médicos ó Químicos, que desempeñan puestos públicos rentados de la Administración.»

El espíritu de esta ley, no es otro, como se desprende de su discusión en el Congreso, de las leyes correlativas y del verdadero criterio que informa estos asuntos, que el evitar al Erario erogaciones por emolumentos periciales á consecuencia de nombramientos de oficio, lo cual queda todavía mejor comprobado, en el contenido del art. 3º de la misma ley, que dice: *En los casos en que á falta de empleados técnicos, los jueces designen de oficio, ó á petición Fiscal, otros peritos, y las partes fuesen condenadas al pago de los honorarios, dichos peritos no podrán reclamarlos del Fisco, aun cuando la parte condenada resulte insolvente».*

De estas prescripciones se desprende entonces, que *en primer término*, los jueces deben nombrar como peritos, á los Médicos ó Químicos que ocupan puestos rentados en la Administración.

Todo otro nombramiento que se hiciere de oficio, en estas circunstancias, estaría fuera de la ley, salvo los casos en que ella los permita.

Sólo á petición de parte, pueden los Jueces nombrar otros peritos que los indicados por la Ley, en cuyo caso los honorarios son de cuenta de ella.

Para mayor comprobación, puede leerse el art. 222 del Código de Procedimiento Criminal, que dice: «*En los sumarios á que se refiere el art. 219, cuando por la percepción exterior, no aparezca de una manera manifiesta é inequívoca la causa de la muerte, se procederá á la autopsia del cadáver en presencia del Juez, siempre que fuere posible, por los Médicos de los Tribunales, ó en su caso, por los que el Juez designe, etc etc.* »

Se ve pues, claramente, que son dos las leyes de la Nación, que designan á los Médicos de Tribunales para practicar las autopsias; una que los encarga especialmente para los reconocimientos é informes Médico-Legales y la tercera, que correlativa con las anteriores, deja subsistente el mandato que ellas imponen.

Y es tanto más evidente el espíritu de la ley, referente al cuerpo de Médicos de Tribunales es posterior

á las otras, lo cual indica en efecto, que considera á estos funcionarios destinados á entender en *primer término* en todos los casos que originen pericias ordenanas de oficio en los Tribunales de la justicia ordinaria y federal de la capital.

En la página 67 de su trabajo, dice el Dr. de Veyga: « *Demarcar las obligaciones de los Médicos forenses y de Policía, no es tarea difícil. La ley, por de pronto, no hace mención de ellos como agentes oficiales de la justicia, y los reglamentos que los rigen, se reducen á fijar sus obligaciones internas, en tanto que los considera como cuerpo.* »

No concibo, á la verdad, cómo el Dr. de Veyga, en presencia de los artículos legales que él mismo cita, puede establecer el raciocinio anterior. La única explicación sería el no haberse preocupado de cerciorarse personalmente de la organización y forma actual del procedimiento en las pericias que constituyen el tema de su estudio.

Y me afirmo en esta opinión, cuando leo el primer párrafo de la pág. 68, que dice: «*Entre las funciones del Médico de Policía y de Médico de Tribunales no hay diferencia en cuanto al alcance de las actuaciones. Por una práctica, que ha venido á ser ley de hecho, los primeros sirven á la justicia de Instrucción solamente, y los segundos á los jueces de sentencia, haciendo su servicio por turnos ó secciones, etc., etc.*»

Extraña á la verdad, cómo el Dr. de Veyga incurra en afirmación tan errónea, y que desnaturalice tan hondamente la verdad de los hechos, que son del dominio público.

El cuerpo médico de Policía, tiene sus importantes y delicadas funciones, perfectamente determinadas, y el de los Tribunales por su parte las suyas.

El primero, es el asesor obligado, el perito, que requerido por la autoridad policial donde existe un hecho delictuoso, á objeto de instruir el sumario de prevención, según el art. 184 del C. de P. Criminal, debe con su informe, deslindar jurisdicción ó servir á otro género de resoluciones; el segundo, es el asesor obligado, el perito que debe informar en las causas

que se ventilan en cualquiera de los Tribunales de la justicia ordinaria. (Justicia de Instrucción criminal, correccional, civil) y federal.

Como se ve, existen marcadas con precisión y armonía, las funciones de estos cuerpos, sin la menor dificultad. También es lo que se efectúa en la práctica cotidiana, desde hace dos años, en cuyo período se han expedido más de mil quinientos informes por los médicos de los Tribunales.

De esta manera colocados los hechos, se ve que no son éstos los que han venido á hacer la ley (el derecho consuetudinario está abolido), sino que son la resultante de aquélla.

Por otra parte, todas las deducciones que surgen de las premisas sentadas, no tienen razón de ser, como es fácil concebir, pues es cuestión de hechos que las leyes obligan á respetar.

En este concepto, no creo deber tomar en consideración para refutarlos, algunos párrafos de la pág. 70 correlativos á los anteriores, pues hablan como de prácticas recientes de los que están en ejercicio desde hace más de dos años.

La organización actual en el sentido de la justicia es pues completa, de carácter permanente, y de la que la Administración de Justicia y la Policial se hallan satisfechas, puesto que se desenvuelven dentro de las prescripciones legales.

Mi intento al fundar esta réplica á las afirmaciones del distinguido Dr. de Veyga, es también evitar que se considere el Cuerpo Médico de Policía y Tribunales, en medio de la más irregular organización, cuando al contrario, existen hoy ambas, perfectamente colocadas en su rol propio, como coadyuvantes de la acción judicial y policial.

J. Alba Carreras.

BIBLIOGRAFIA

1. F. DE VEYGA. *De la prueba pericial y de los peritos.*—El folleto de V. es una reproducción de un artículo publicado en los Anales del Departamento Nacional de Higiene, en el que se estudia detenidamente el punto en cuestión, teniendo en cuenta nuestros códigos. La publicación del trabajo de V. es de mucho interés, especialmente para los estudiantes, que tienen que luchar con tantas dificultades en el estudio de la medicina legal, debido á la falta de una obra basada en nuestra legislación. Como el trabajo publicado es sólo un fragmento de una obra completa que tiene en preparación el Dr. V., es de desear para estudiantes y médicos, que su publicación no se haga esperar mucho.

---

2. *Archivos del Servicio de Vías Urinarias del Hospital Rawson.*—Bajo este título ha empezado á publicarse entre nosotros una nueva revista trimestral, bajo la dirección del Dr. Federico Texo, jefe del servicio de vías urinarias de dicho hospital.

El objeto que la revista se propone es hacer conocer la organización del servicio y los numerosos casos interesantes que durante el año se presentan; así como también los trabajos que desearen publicar los que se ocupan de esta rama de la cirugía. El primer número está destinado exclusivamente á la descripción del servicio; numerosas láminas fotográficas, planos y dibujos intercalados en el texto dan una idea acabada de aquel servicio modelo, organizado por el Dr. Texo después de tantos años de lucha.

Como colaboradores de la revista figuran, el Dr. L. Suárez (jefe de Clínica), Nin Posada (director del consultorio de hombres), Pedro Mas (jefe de sala), N. Antelo (director de la endoscopia), Castro Escalada (jefe del consultorio de mujeres y niños) y L. Uriarte (director del laboratorio de bacteriología).

---

3. *Clínica de enfermedades del estómago* por el DR. L. INURRIGARRO.—El Dr. I. ha reunido en un folleto los interesantes artículos que ha publicado en estos últimos tiempos en nuestra revista y en la «Semana Médica». Esta publicación impedirá que caiga en olvido, como sucede desgraciadamente con los trabajos publicados en nuestras revistas científicas—la serie de trabajos del Dr. I. y facilitará su estudio, de otro modo incómodo por hallarse dispersos los trabajos.

REVISTA DE LA PRENSA

WALTHER—*Tratamiento de los abscesos del hígado.*

El diagnóstico de los abscesos del hígado, es con frecuencia difícil, cuando menos al principio y durante el primer período de su evolución. En general, se hace el diagnóstico de cólicos hepáticos y de congestión hepática, y se puede llegar con este diagnóstico hasta el momento de la abertura espontánea del absceso. Por lo demás, en el absceso del hígado, siempre hay congestión infecciosa del órgano. En un enfermo que operó por la vía transpleural después de una vómica, el cual está completamente curado, se había diagnosticado congestión hepática hasta que la salida del pus por los bronquios demostró el error diagnóstico. En otros casos existe claramente un tumor, pero puede entonces confundirse el absceso con un quiste supurado, si bien este error no tiene importancia, siendo idéntico el tratamiento en ambos casos. De todos modos, W. ha visto y operado recientemente un enfermo por un absceso subfrénico originado por un absceso hepático, cuyo pus contenía estreptococos y el estafilococos, y que había sido diagnosticado de pleuresía enquistada de la base, y una enferma que la diagnosticó de tumor renal y tenía un absceso del hígado dividido en dos partes que comunicaban por un estrecho orificio, situadas una en la parte antero-superior, y otra en la postero-inferior del hígado, cuyo pus contenía estreptococos y colibacilos.

En otra serie de hechos no se encuentra el tumor, y sólo se observa un estado infeccioso grave, una verdadera septicemia. El hígado es voluminoso y existe con frecuencia un verdadero estado tífico. Sólo por eliminación se llega al diagnóstico de infección de origen hepático; pero no se sabe si se trata de un gran absceso único ó de abscesos múltiples miliares. Desde el punto de vista etiológico, el absceso del hígado sigue con frecuencia á la disentería. En estos casos se encuentra algunas veces el estreptococo en el pus, pero en otras ocasiones, el resultado bacteriológico es negativo. El absceso del hígado puede ser de origen hepático (litiasis), ó de origen intestinal; entonces se encuentra en el pus, ó el estreptococo, ó el colibacilo, ó los dos microbios asociados. De siete casos, sólo en uno es estéril el pus de los abscesos del hígado; por esta razón, es necesario siempre evitar la contaminación de las cavidades de la pleura y del peritoneo. Cuando se hace la incisión transpleural del absceso, es necesario, á ser posible, suturar la pleura diafragmática á la pleura parietal.

HARTMANN Y FREDET—*Ligaduras atrofiantes en el cáncer inoperable del útero.*

Del estudio de las piezas anatómicas que presentan, puede concluirse; 1º, que la ligadura de la uterina en su origen, es una operación quirúrgicamente bien reglada, cuando se utiliza la relación constante que la arteria presenta con el ureter en la fosita ovárica; 2º, desde el punto de vista de la hemostasia uterina, esta ligadura es muy superior á la de la ilíaca interna; 3º, en el cáncer uterino, las ligaduras atrofiantes parece que disminuyen, cuando menos temporalmente, el flujo, pero parece que no modifican de un modo evidente la marcha de la neoplasia; y 4º, un punto digno de llamar la atención en estas piezas, es que la ligadura aséptica del vaso, nunca ha sido seguida de la producción de coágulo, lo que confirma en el hombre los resultados experimentales de Duplais y Lamy.

JULIO WOLFF—*Sobre el enderezamiento del espinazo en los casos de espondilitis.*

Calot sostiene que con su método de enderezamiento del espinazo, se cura la jiba en las espondilitis, pronto, de un modo seguro y sin dejar deformidad, y hasta afirma que se obtienen buenos resultados en los casos crónicos, en que ya hay una gran destrucción ósea, anquilosis, etc. A los resultados obtenidos por Calot, se ha objetado que con la resección de las apófisis espinosas, parece á la vista enderezado el espinazo sin lo que esté en realidad, y que hay que esperar dos ó tres años para ver si el resultado obtenido tiene carácter permanente, puesto que se trata de procesos tuberculosos análogos á los de las grandes articulaciones, y por lo tanto, de marcha muy lenta.

Además, el proceso de transformación ósea que se produce después de toda fractura, debe sufrir grave menoscabo en el caso actual, con la existencia de la lesión tuberculosa de índole destructora. El enderezamiento forzado, puede también producir hemorragias en el conducto vertebral, roturas de otros vasos, de abscesos, propagación del proceso tuberculoso etcétera. Así se han observado casos de muerte con este procedimiento, y fracasos que, aunque menos graves, cree W. que son en número suficiente para desechar en redondo el método de Calot.

Este mismo autor, según su última comunicación al Congreso de Moscou, se ve que renuncia á los procedimientos muy vio-

lentos y aconseja proceder con mucha dulzura; pero aun así, cree W. que no se le debe seguir; tanto porque de proceder con suavidad, nos exponemos á no conseguir nada, como porque no dejan de tener su peligro el cloroformo, la posición horizontal y la tracción por las extremidades inferiores á que de todos modos hay que apelar. Sin embargo, no se puede negar que Calot nos ha enseñado que la jiba en los casos de espondilitis, se puede tratar con más atrevimiento.

Por su parte, W. se ha decidido á emplear también en este caso el procedimiento de *vendaje por etapas*, de que se hace uso en la ortopedia de las extremidades, y los casos que aquí presenta, son la prueba de las ventajas del método.

El vendaje se aplica del modo siguiente: El sujeto se suspende del modo acostumbrado en el marco de Opfer. Cuando se trata de una espondilitis cervical, en que hay que poner el vendaje en la cabeza, se introduce ésta por un ojal hecho en el tejido que comprende el marco; la pelvis se fija por medio de un mecanismo unido al marco de Opfer (cuatro vástagos que se introducen los unos en los otros), el tronco se cubre con un sayuelo de tricot; en la cara anterior del pecho, se coloca una almohadilla larga de forma de salchicha, que se saca después. Mientras se coloca el vendaje, un ayudante empuja enérgicamente la joroba hacia adelante con los dedos pulgar é índice de la mano izquierda. Hecho esto, se saca la almohadilla y se desembaraza la superficie anterior del vendaje todo lo necesario, para que la respiración se realice con toda holgura. En casi todos los veinticuatro casos en que empleó este procedimiento, ha obtenido un resultado más favorable que con el corsé de Sayre, tanto en lo relativo á la deformidad y al estado general del enfermo, como por lo que se refiere á las paresias y contracturas.

En resumen: la ortopedia funcional no tiene aplicación tan sólo en los individuos jóvenes, sino en los adultos, y hasta en los ancianos. Esto, no obstante, no hay que pensar en una verdadera curación de la espondilitis. Nunca faltan casos en que un absceso, al parecer curado, se vuelve á abrir, terminando á la postre con la vida del paciente. Si se tiene en cuenta las verdaderas condiciones estáticas de la columna vertebral, se pueden obtener mejores resultados que hasta la fecha, sin romper dicha columna; *la suspensión obra sobre las partes sanas, no sobre las enfermas.* Cree W. que con el vendaje, también se habrán de obtener mejores resultados en los casos de escoliosis, que no con el procedimiento de Calot.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Abril 15 y 30 de 1898 Nos. 7 y 8

SINFISIOTOMIA Y PARTO PREMATURO EN UNA CIFÓTICA

Por el Dr. Adolfo Murillo
Profesor de la Universidad de Chile

La historia de la sinfisiotomía, operación que como sabéis fué concebida por el joven Sigault cuando aún frecuentaba las aulas escolares, presenta hasta cierto punto el interés de un romance. Acogida al principio con benevolencia y practicada por su propio autor con éxito feliz por primera vez en 1777, tuvo más tarde, andando los tiempos, graves tropiezos y no pocos fatales resultados, los que junto con el desdén de los príncipes de la

ciencia obstétrica contemporánea, hubieron de hacerla caer en desgracia y pasar por un siglo de olvido en la misma patria en que naciera.

En vano los aislados esfuerzos y los alegatos teóricos de algunos maestros del arte, que divisaron con claridad el porvenir que la estaba reservado, quisieron levantarla de la postración en que yacía; en vano aún la clásica escuela de Nápoles, con Morisani y Novi á la cabeza, la resucitaron y la dieron cabida en sus clínicas, mostrando en el Congreso de Londres habido en 1881, los espléndidos resultados por ellos obtenidos: fué necesario que la escuela francesa, la escuela parisiense que pontifica desde las alturas y que tiene el secreto envidiable de la difusión universal, la tomara á su cargo para que volviera de nuevo á sentirse triunfante y provocativa al lado de sus congéneres.

En efecto; el profesor Pinard, después de oir á Spinelli' antiguo asistente de Morisani, que había ido á París con el objeto de interesarlo por la operación de su maestro, se decide por este procedimiento, y el 7 de diciembre de 1891 hace pública su profesión de fe en la clínica de Baudeloque. Desde 1892, la sinfisiotomía es estudiada, analizada en todos sus detalles por el profesor de clínica de la facultad, por Farabeuf y por Varnier, recibiendo un empuje extraordinario que había de levantarla á gran altura introduciéndola en la práctica de las demás escuelas.

Los ventajosos resultados obtenidos por Pinard y sus discípulos, no tardaron en ser conocidos en todo el mundo científico; y la sinfisiotomía fué ganando terreno hasta el punto de imponerse como una necesidad y como una operación de elección en ciertas circunstancias.

No tardaron en producirse las exageraciones; hubo casos de sinfisiotomía en partos con fetos muertos, y se

ha llegado hasta proponerla como sucedánea del parto prematuro y de la operación cesárea.

En el último congreso de Moscú, Varnier, siguiendo las ideas del profesor Pinard, manifestadas claramente en el de Roma, ha sostenido en conformidad con la escuela de este clínico, en su informe oficial, las siguientes conclusiones, que me permito transcribir textualmente:

«Por las razones que hemos expuesto repetidas veces, y sobre las cuales no quiero volver, la sinfisiotomía debe reemplazar, en el tratamiento de las viciaciones pelvianas corrientes, al parto prematuro provocado y la extracción forzada por el forceps ó versión. No hablamos aquí de embriotomía sobre fetos vivos, porque no tiene ya defensores.»

«La pelviotomía es el solo procedimiento eficaz de ensanchamiento pelviano. El estudio cadavérico, las mensuraciones directas, prueban que la actitud á Walcher es incapaz de producir los resultados anunciados por Walcher y aceptados sin contraprueba por muchos de nuestros colegas (1).

Nos parece que estas conclusiones van más allá de lo justo y sobrepasan por el entusiasmo los límites que deben asignarse á la sinfisiotomía. Con Tarnier y con un gran número de respetables clínicos que miran sin los arranques de la pasión este procedimiento operatorio, creemos que el parto prematuro artificial no debe ser abandonado; creemos que ambas operaciones tienen su respectivo valor y que los parteros deben decidirse por una ó por otra, según las circunstancias, la clase de estrechez, las indicaciones especiales y según lo más ó menos avanzado de la gestación.

---

(1) Esta última conclusión no fué aceptada ni por La Torre ni por Zweifield.

Gran adelanto es para el arte obstétrico la senda señalada por Pinard, dignos de admiración su talento y su constancia; pero no por eso debemos abandonar los demás procedimientos que tan buenos resultados les asigna la estadística.

No está demás recordemos esos números, que han de servirnos siempre como recuerdo ilustrativo y como medio de comprobación de su bondad, ya que la práctica es la piedra de toque en que ha de manifestarse la bondad de los procedimientos operatorios.

			Mortalidad materna %	Mortalidad fetal %
1) *Pinard*	86	sinfisiotomías	11,6	10,4
Zweifel	31	»	3,2	6,2
Kustner	7	»	–	—
Olshausen	29	operaciones cesáreas	6,8	—
Leopold	93	» »	8,6	—
Zweifel	55	» »	1,4	—
Leopold	45	parto prematuro prov.	2,	33,4
Braun	34	» »		38,
Pinard	100	» »	1,	33,
Tarnier	116	» »	—	26,7

Säuger, ha tenido una serie de doce operaciones cesáreas, todas con éxito feliz.

En presencia de estos datos, dice Tarnier si no vale más salvar 100 por 100 de las madres y resignarse á ver morir 20 niños sobre 100, que exponerse á perder 8 mujeres sobre 100 y 10 niños sobre 100?

No somos nosotros, los americanos, los que podemos marcar el rumbo é imprimir direcciones en el sentido de

(1) Pinard, rebajando algunos casos justificados da 8,16 por ciento en sus primeras 40 sinfisiotomías. Los datos que aquí consignamos son los presentados al congreso de Moscú, 1897.

los procedimientos que deben seguirse en los casos de estrecheces pelvianas, por cuanto en nuestras clínicas dichas estrecheces son, por felicidad, escasas, ya que escaso es igualmente el raquitismo que determina esas viciaciones y desconocida por completo es la osteomalacía; pero bien podemos los que dirigimos la enseñanza práctica hablar con imparcialidad á nuestros connacionales, librarlos del apasionamiento de escuelas determinadas puesto que nuestro objetivo debe ser el aprovechamiento de todos los adelantos, de todos los progresos por esas escuelas conseguidos ó realizados, sin espíritu preconcebido, sin bandera conocida. Como las abejas, debemos libar para hacer nuestro panal la miel de todos los vergeles y de todas las flores que estén á nuestro alcance. Nos conviene ser eclécticos.

Después de esto, permitidme leeros una observación que viene en apoyo de ese eclectismo y que se refiere á una sinfisiotomía y á un parto prematuro artificial, practicados con éxito feliz en una misma mujer con tres años y medio de diferencia.

Sinfisiotomía por estrechez

El 28 de diciembre de 1893, se presentó á la clínica de la maternidad de Santiago, que dirijo, Ana R., de 26 años de edad, mal conformada, preguntando si podría desembarazar naturalmente, ó qué tendria que hacer en el caso contrario, ya que se encontraba al término de su primera gestación.

Ana es chilena, hija de una madre que ha muerto de tuberculosis pulmonar y de un padre cardíaco. A los dos años de edad principió á sentir los primeros fenómenos del mal de Pott, que le da el aspecto característico y que ha contribuído á la deformación pelviana que luego reconocimos.

Reglada á los quince años, su menstuación se ha pre-

sentado siempre con regularidad, habiéndola tenido por última vez el 10 de abril. Durante la gestación no ha tenido más que pequeñas molestias, que no merecen la pena de ser mencionadas.

De constitución delicada, no ha tenido tampoco enfermedades graves. Su altura alcanza á 1 metro 27 centímetros. La región dorsal presenta una desviación de la columna vertebral de naturaleza cifótica, las piernas son arqueadas y las rodillas dirigidas hacia adentro.

Por la inspección ocular se nota el abdomen caído sobre el pubis, hasta dar sombra á los órganos genitales externos; vientre en forma de alforja (*besace* de los franceses); marcadísima la línea bruna abdominal; los senos poco desarrollados, regularmente pigmentados y dejando salir un poco de colostro por la opresion.

Por la palpación, la auscultación y el tacto vaginal, se reconoce la presencia de un feto vivo y en posición *occipito-ilíaca* derecha transversal.

La mesuración cuidadosamente practicada nos da las siguientes cifras y medidas:

	centímetros
Diámetro de Baudeloque.....	16
Distancia de una espina ilíaca antero-superior á la del lado opuesto.....	24
Distancia de una cresta ilíaca á la otra....	25
Distancia de un trocanter al otro.....	24
Distancia de la espina ilíaca postero-superior de un lado á la del lado opuesto.....	9
Distancia de una tuberosidad isquiatica á la espina postero-superior del lado opuesto..	15
Distancia de la espina ilíaca antero-superior de un lado á la postero superior del opuesto.....	19
Distancia de la apófisis espinosa de la 5ª vértebra lumbar á la espina ilíaca antero-superior.....	15
Del medio del borde superior de la sínfisis pubiana á la espina ilíaca postero-superior.....	15
Diámetro coxi-subpubiano.....	9
Diámetro bi-isquiático } externo.....	8

Como se ve, había una estrechez pelviana de naturaleza cifótica, con diminución también de los demás diámetros pelvianos.

Siendo la conjugada externa ó el diámetro de Beaudeloque de 16 centímetros, la conjugada verdadera, ó sea el diámetro antero-posterior del estrecho superior, debía fluctuar entre 7 y 8 centímetros á lo más (1).

En consecuencia, se previene á la paciente que es indispensable una operación, porque no podrá terminarse su parto de un modo espontáneo.

El examen había sido practicado en la mañana, y á las 6 1/2 de la tarde, la bolsa de las aguas se rompe, el trabajo del parto se había declarado muy probablemente bajo la influencia de las manipulaciones del reconocimiento.

La paciente entra á la maternidad esa misma noche y soy llamado poco después.

A las 11 p. m. de ese mismo día 28, reconozco á la parturienta; hallo la dilatación bastante avanzada; ratifico la presentación y posición del feto y doy principio á los preparativos operatorios.

Operación.—Asisten á ella mi ayudante, el doctor don Carlos Gutiérrez, mis alumnos, los señores Aguirre, Sosa y el personal del servicio. La sala está pobremente iluminada con dos mechones de gas y sólo poseemos los instrumentos más indispensables para las operaciones comunes.

A media noche, después de preparar el personal, de desinfestar el campo operatorio y de rasar las partes genitales cubiertos de vello, procedemos á la sinfisiotomía, siguiendo el procedimiento de Pinard.

Cloroformizada la paciente, hago levantar por los ayu-

---

(1) El Dr. Marcial Rivera en su estudio sobre Pelvimetría chilena, asigna como término medio al diámetro de Baudeloque 18,85 centímetros.

dantes las paredes abdominales, las que dejan ver una vasta y dilatada red de venas casi varicosas en la región hipogástrica y pubiana Incisión vertical comenzando á centímetro y medio sobre el pubis y prolongándose hasta la raíz del clítoris: hemorragia insignificante; hemostasis con pinzas.

La sección de la sínfisis se practica con dificultad. A pesar de atacarla con un bisturí fuerte de lámina delgada y de repetir la operación, tratando de buscar la línea cartilaginosa, nuestros esfuerzos llegan á ser inútiles y tenemos que recurrir al empleo de una sierra de cadena. La introducción de esta sierra presenta algunas pequeñas dificultades por la falta de luz y de otros complementos; pero, colocada convenientemente, la sección se practica con toda facilidad y rapidez.

Los ayudantes mantienen con atención las piernas para evitar una separación brusca de los huesos ilíacos, permitiendo sólo una de seis centímetros en el momento preciso del pasaje de la cabeza fetal.

El parto se termina por la aplicación del forceps Farnier sin ninguna dificultad.

El niño nace en estado de muerte aparente, asfixia morada; pero se le hace volver después de prestarle los cuidados necesarios.

La expulsión de la placenta se verifica un cuarto de hora después del parto de un modo normal. La pérdida de sangre es escasa; se la evalúa en 400 gramos.

Lavado antiséptico con sublimado al 1 por 2000 intus et extra; suturas profundas á superficiales respectivamente. Curación con yodoformo y gasa de la misma clase; vendaje compresivo de cuerpo.

El feto de sexo masculino, es entregado á una cuidadora; pero fallece en la tarde del día 29 á consecuencia

de la debilidad congénita con que nació y al estado de asfixia.

Peso del niño, 3.200 gramos.

Diámetros de la cabeza	centímetros
Occipito mentoniano	13
Occipito frontal	11,2
Suboccipito frontal	11
Suboccipito bregmático	10
Bitemporal	8
Biparietal	9,5
Bimastoideo	7,6
Mento-sincipital	12,5
La gran circunferencia	38
La pequeña circunferencia	32

29 de diciembre en la mañana. Unos cuantos vómitos al amanecer; temperatura, 37,5; pulso, 116; lengua húmeda. Se la baja la cabeza y se la da pequeños trocitos de hielo.

En la tarde: temperatura, 37,8; pulso, 126. Desaparición de los vómitos; vientre timpanizado. Cateterismo vesical; sonda permanente para evitar el ensuciamiento del apósito, que se le renueva.

Día 30: sin vómitos; temperatura, 37,6; pulso, 116. Champañe helado; café frío. Estado satisfactorio general y local.

En la tarde la temperatura apenas sube á 37,9; las pulsaciones á 120. Vuelve uno que otro vómito.

En los días siguientes la enferma sigue en mejoría, modificándose su régimen alimenticio en relación con su estado.

Ocho días después, ó sea el 5 de enero de 1894, se le quitan las suturas de seda que se le habían puesto, encontrándose la herida perfectamente cicatrizada.

El 22, la enferma se levanta y da algunos pasos sin sentir la menor molestia.

A fines del mes, abandona el hospital en perfecto estado de salud.

Parto prematuro artificial

Esta misma mujer se halla embarazada en el mes de noviembre de 1896, y á mediados de mayo viene al hospital á consultar á alguno de nuestros discípulos que tienen servicio, pidiendo se la haga abortar dada su conformación irregular pelviana que se apresura á dar á conocer. Consultados por alguno de ellos, nos parece que por el Dr. Frías, le contamos la historia, le dimos á conocer las medidas de su pelvis y la opinión que nos habíamos formado acerca del modo de intervención que habría que hacer.

Pocos días después, se nos presenta á la clínica; la examinamos y después de los datos que nos da, datos que repite con cuidado y guardando una gran exactitud, que se aviene con el temor que su estado le inspira, le aconsejamos volviera á la Maternidad cuando tuviera próximamente ocho meses de embarazo para practicarle un parto prematuro artificial.

Calculamos que á los ocho meses, el feto estuviera bien desarrollado, tendría probabilidades ciertas de viabilidad y que la cabeza podría pasar á través de su estrechez pelviana. Si la conjugada verdadera se aproximaba en 1893, cuando le hicimos el primer examen, á ocho centímetros (siete y medio era nuestro cálculo), bien pudiera pasar un diámetro biparietal de 8 centímetros—que es el cálculo para un feto de ocho meses—con tanta más razón cuanto que á esa edad las suturas son más anchas, los

huesos de la cabeza más reductibles, más amoldable en consecuencia y que podíamos contar con el ligero ensanchamiento pelviano que la generalidad de los obstétricos han observado después de las sinfisiotomías.

Ana Rosa entra á la clínica para someterse á la operación que la habíamos aconsejado en el mes de julio de 1897. Se la dan unos cuantos baños; se la mantiene el vientre libre y nos decidimos á intervenir después de una desinfección anticipada.

El 16 de julio, notando que el cuello era permeable, que el embarazo estaba ya en el octavo mes y que el feto estaba vivo, en presentación de vértice aun no encajado, aplicamos un globo de Champetier de mediano calibre, dejando á la paciente en cama y guardando el decúbito dorsal para mayor seguridad.

A las doce de la noche el globo fué expulsado, dejando una dilatación de 6 centímetros y algunos dolores de contracción, que hacían presumir que el trabajo del parto debía continuar. No sucedió así, sin embargo, porque en la mañana fueron desapareciendo los dolores, siguiéndose una noche de gran calma.

El 20, reconozco que existe una dilatación de no menos de 6 centímetros del cuello uterino; y trato de completarla introduciendo los dedos primero, después la mano y desprendiendo con suavidad las membranas. Después de estas maniobras, las contracciones aparecen y van creciendo en escala progresiva. A las 3 1/2 p. m., se rompe la bolsa de las aguas y las contracciones arrecian.

La enferma solicita la intervención para poner término á sus sufrimientos. Después de cerca de tres horas de contracciones expulsivas, á las 6 y 10 minutos de la tarde, la paciente da á luz un feto que se presenta en o. i. i. a.

La placenta fué expulsada media hora después, pre-

duciéndose una ligera hemorragia por inercia uterina, la cual fué combatida por fricciones hipogástricas, por inyecciones subcutáneas de cornezuelo é irrigaciones calientes desinfectantes.

El feto era del sexo femenino, bien desarrollado, y respiró desde el primer momento con toda facilidad. Pesaba 2800 gramos y tenía 45 centímetros de largo. Correspondía, en consecuencia, el feto á una preñez de ocho meses completos. Al salir, la bolsa sero-sanguinolenta era bastante pronunciada, haciendo aparecer el vértice muy alargado.

Los diámetros de la cabeza del feto, tomados al día siguiente del nacimiento, fueron los siguientes:

	centímetros
Occípito mentoniano	12
Suboccípito frontal	11
Biparietal	8,5
Bitemporal	7
Suboccípito bregmático	9

El niño no tuvo novedad durante su corta estadía en la clínica, pesando 300 gramos más á su salida.

La temperatura de la enferma estuvo siempre alrededor de 37° más ó menos.

Salió de alta el 29 del mismo mes de julio en buen estado de convalecencia y con leche suficiente para amamantar á su hijo.

DR. A. MURILLO.

Santiago de Chile, febrero de 1898.

SOBRE VÍSCERAS FLOTANTES

Prof. **R. Wernicke**

Si me permito molestar vuestra atención tratando un tema como el que me he señalado, no lo hago con la pretensión de presentar una nueva explicación para la génesis de estas dolencias, ni creo presentar observaciones que faciliten su diagnóstico, ni he hallado un nuevo tratamiento; es sólo porque mi tema no ha sido aún tratado entre nosotros y porque aún no tenemos los elementos suficientes de juicio como para declarar que conocemos la etiología de estas lesiones.

Las vísceras flotantes en la cavidad abdominal son el hígado, el bazo y los riñones.

Llamamos órganos flotantes á aquellos que se mueven del sitio que normalmente les corresponde y que se presentan como tumores movibles en la cavidad abdominal; movilidad que puede ser y es frecuentemente tan grande que la reposición al sitio normal es posible de ser practicada manualmente.

Cuando el órgano ha estado dislocado por mucho tiempo suelen producirse fijaciones anómalas que llegan, en algunos casos, hasta inmovilizarlo nuevamente; de ahí que pudiera ser más correcto hablar no ya de vísceras *flotantes*, sino de vísceras viajeras (como las designan los alemanes) ó de vísceras erráticas ó *dislocadas* simplemente; reservando el calificativo de *flotante* para los casos en los cuales la reposición *ad situ* sea factible.

Rayer en 1841 describió primero el cuadro clínico del *ren mobilis*. *Dietl* fué quien en 1854, describió los primeros casos de bazo flotante, y *Cantani* es aquel á quien debemos la primera historia de un caso de hígado movible en 1865.

Desde esas tres fechas hasta el día de hoy nada hemos adelantado sobre la etiología de estas enfermedades; ya entonces se nos dijo, que las tres vísceras cambiaban de sitio, se hacían movibles cuando los medios de fijación de las mismas se relajaban, cuando una alteración de la presión intraabdominal posibilitaba el desarrollo de tales dislocaciones, cuando un aumento de volumen de ellas llegaba á ser tal, que los medios de fijación normales no bastaban para retenerlas *in situ*.

Desde entonces aquí, vuelvo á decirlo, nada hemos adelantado; existen, es cierto, una gran cantidad de trabajos que tratan del punto; ninguno de ellos nos lleva más adelante, aunque algunos contengan hipótesis más ó menos inverosímiles.

Es casi seguro que los anatomistas conocieron estas lesiones antes que los clínicos, sin que las nociones ya de antes adquiridas, unidas á las que se pudieron recoger en cadáveres de sujetos en los cuales *intra vitam* se manifestaron las lesiones, nos iluminen.

Existe entre los anatomopatologistas y los clínicos divergencia grandísima en cuanto á la frecuencia de la lesión. Así, pues, en la Charité de Berlín sólo se contaron en 20.000 y pico de autopsias 20 casos de riñón flotante, mientras que algunos clínicos pretenden que por cada 100 mujeres varias tienen sus riñones fuera del sitio que les corresponde.

La múltiple y variada sintomatología que ofrecen las vísceras flotantes no puede calificarse de complicada; para casi todos los casos se le puede explicar, ya sea por la tracción que los órganos dislocados ejercen sobre aquellos en cuya proximidad se hallan fijados normalmente, ya sea por el efecto mecánico de compresión que ellos ejercen sobre los órganos en que descansan ó con los cuales adquieren relaciones adhesivas más ó menos intensas.

En algunos casos suelen desaparecer las vísceras flotantes por la atrofia que las invade, á consecuencia de

la perturbación nutritiva que sufren por la tracción á que se exponen los vasos que las nutren.

Todo tumor abdominal movible debe recordarnos que hay vísceras flotantes; la forma, la dimensión, la consistencia y el sitio en que ese tumor se halla hará más ó menos indicada, más ó menos fundada, una sospecha que nos puede ó debe sobrevenir.

Las vísceras salen del sitio que normalmente les corresponde por relajarse los lazos que las retienen; esa relajación puede ser congénita ó puede ser, lo que parece ser la regla, adquirida; cómo, cuándo y porqué se produce esa relajación es lo que nos queda por averiguar.

Entre los datos etiológicos el primero que nos llama la atención es la mucha mayor frecuencia de estas dislocaciones en las mujeres que en los hombres; casi el 90 % de los casos de vísceras flotantes son mujeres: esto según los autores; de los 20 casos de que puedo disponer 7 son hombres; más de 30 % por consiguiente.

Dicen los autores que las *nulliparas* son mucho menos predispuestas que las multíparas; de las 17 mujeres en las que he hallado vísceras flotantes ocho habían parido, todas ellas varias veces; para doce de mis enfermas no se podrá aducir entre las causas al embarazo.

Anomalías de configuración del abdomen, ya sea por desarrollo de grasa que persiste ó por obesidad que desapareció puede, según los autores, actuar como el embarazo: entre mis enfermas sólo una podría presentar esa posibilidad, si se la juzga con mucha buena voluntad; entre las mujeres que han parido cuatro tenían vientre con paredes relajadas, dos de ellas vientre en alforja.

El uso del corsé inculpado en su tiempo por *Cruveilhier* sólo en una de mis enfermas puede ser considerado como causante; era la enferma al mismo tiempo multípara, tenía vientre en alforja y habíase adelgazado por ser glicosúrica.

Aunque las vísceras flotantes se observan en todas las edades es más frecuente hallarlas en personas de más de 30 años, es decir, que han hecho ya la mitad de su viaje terrenal: de mis enfermos 16 se hallaban en esa época de la vida.

Ninguna de mis enfermas me ha hablado de traumatismos que hubieran podido servirme como explicación. Una enferma (multípara con vientre en alforja) cree deber atribuir su mal á un esfuerzo, y otra (nulípara, y flaca siempre) pretende haber adquirido su dolencia por vómitos causados por mareo de mar.

Es digno de llamar la atención el hecho de que los veterinarios parecen no conocer las vísceras flotantes. Los riñones de nuestros animales domésticos que no tienen otros medios de fijación que los de que dispone nuestra especie parecen no dislocarse, y eso, á pesar de hallarse colocados de manera que la atracción de la tierra debe solicitarlos continuamente. La influencia de traumatismos tampoco no parece manifestarse ni aun en los caballos de silla ó los de varas en los cuales la región lumbar está expuesta á frecuentes é intensas conmociones y compresiones, y el abdomen ceñido por la cincha ú otras piezas de la guarnición.

La víscera que más frecuentemente se disloca y hace viajera, constituyéndose en órgano *alzado*, como diría un gaucho, es el riñón; de mis 20 enfermos 15 eran portadores de riñones movibles.

Pude comprobar, como todos los que del asunto se ocupan, que el riñón derecho se halla menos asegurado que el izquierdo; entre mis 15 enfermos sólo en cinco era el riñón izquierdo el que se había movilizado.

Aumentos de volumen de los órganos pueden provocar la dislocación, como pude comprobarlo en 4 de mis casos, en los cuales el órgano movible era sitio de una hipertrofia ó asiento de una neoplasia.

Según los autores, es posible que los tejidos fijadores de las vísceras pueden hallarse congénitamente relajados; en mis lecturas no he hallado observaciones que se refieran á familias con vísceras movibles.

Entre mis enfermas tengo á una con hígado flotante cuya hija tiene un riñón movible y colocado en el meso gastrio.

Las movilizaciones viscerales pueden ser transitorias ó permanentes: así lo indican los autores y así lo he observado dos veces; en ambos casos se trataba de mujeres, ambas tenían sus hígados fuera del sitio que debían ocupar, en ambos casos se habían desarrollado una

flacidez rápida de las paredes del abdomen que más tarde volvió á desaparecer volviendo los hígados á ocupar su sitio primitivo. Tratábase en ambos casos de enfermas cuyo abdomen había examinado antes de la movilización hepática por repetidas veces; en las dos enfermas comprobé la dislocación en varias ocasiones, así como pude convencerme de la *restitutio ad integrum* por exámenes prolijos y frecuentes. La relajación de las paredes era debida á diarreas fuertes en mujeres multíparas y una de ellas con vientre de alforja.

Si me ha sido posible considerar etiológicamente en conjunto á las tres vísceras flotantes al abordar la cuestión, dado el punto de vista diagnóstico, me veo obligado á separar las tres afecciones.

La dislocación del riñón puede observarse en enfermos que no tienen idea de la existencia de tal lesión; otros enfermos nos refieren que sienten que «*algo se mueve en su vientre*», y los menos son los que han palpado un tumor que los preocupa, como es de suponerse.

Puede hallarse un riñón movible en cualquier punto de la cavidad abdominal, siendo sin embargo la regla que el órgano dislocado queda en la mitad del vientre, que es la suya.

El flanco, la región mesogástrica, las fosas ilíacas, son los sitios que más frecuentemente ocupan.

De entre los fenómenos que más frecuentemente me han relatado los enfermos, son dignos de notarse las perturbaciones en la defecación; generalmente hay retardo en las deposiciones, pero he visto á varios que tenían diarreas que simulaban una colitis, que no me explicaba ni me explico.

Síntomas vagos y variadísimos, que debemos referir á una perturbación de la digestión, dolores persistentes ó fugaces en la región lumbar del lado afectado, una ó dos veces dolores neurálgicos en un miembro inferior, vienen en seguida en orden de frecuencia. La persistencia

de la molestia, la duda del médico, sus vacilaciones diagnósticas, su impotencia terapéutica, contribuyen probablemente, si no es que producen exclusivamente los síntomas nerviosos generales, casi siempre siquicos, que estos enfermos acusan. De mis enfermos, tres corren como neurasténicos ó hipocondríacos; de las enfermas, tres son más ó menos histéricas.

Una alteración de la orina, en cantidad ó composición, sólo la he notado en los casos en los cuales se trataba de riñones enfermos: un caso de hidronefrosis y pielitis y dos casos de cáncer, piuria en el primer caso, hematurias en los otros dos.

En tres de mis enfermos (hombres los tres) acepto que existe ó existió la fijación de un riñón movible, las tres veces en la fosa ilíaca y una vez en la izquierda (cáncer), dos veces en la derecha.

De estos últimos el uno era el enfermo con pielitis ó hidronefosis derecha, en el cual, después de años de enfermedad, han desaparecido la piuria, las fiebres, los dolores y el tumor en la fosa ilíaca, no hallándose en él matitez renal, ó mejor dicho, notándose en el dorso del enfermo mate la región renal izquierda y sonido percutorio grave y timpánico sonoro en la derecha.

Un tumor movible en el abdomen puede ser el riñón, aunque su forma no permita sospecharlo; así nos lo han enseñado las autopsias que otros han practicado. Un cuerpo movible de forma renal con su escotadura dirigida hacia arriba y adentro, probablemente es un riñón dislocado· si ese cuerpo puede ser llevado y perdido en el hipocondrio, las dudas disminuirán en mucho; un cordón pulsátil que partiendo de la línea media se extienda hasta el cuerpo movible, quita casi toda duda en los casos en que la reposición no es practicable.

El examen perfecto no se hará sino excepcionalmente en los casos dudosos sin la anestesia clorofórmica.

Para que yo acepte sin reserva el diagnóstico de riñón flotante, creo deber exigir al lado de la presencia de un tumor movible más ó menos reniforme, la ausencia de la matitez renal ó la presencia de sonoridad percutoria

timpánica, sobre y bajo las últimas costillas al lado del raquis, á pesar de figurar entre mis 15 enfermos sólo cinco en los que esta coincidencia fué observada: ¡es que el riñón se percute mal al través de las masas musculares lumbares!

Alguien, creo que *Bamberger,* dice que es explicable desconocer un riñón flotante, perdonable el no reconocer al bazo dislocado, pero que es más grave incorrección no diagnosticar un hígado dislocado; si bien no estoy lejos de pensar lo mismo, no me corresponde expresarme con tanta severidad.

Para aceptar un hígado flotante es necesario hallar un tumor movible, liso, del tamaño de un hígado con una escotadura bien marcada, y comprobar al mismo tiempo que no se encuentra la zona percutoria mate que corresponde al hígado normal. Eso es para los casos de dislocación total y completa, cuando lo que es la regla el hígado sólo gira alrededor de un eje que se halla entre la porta y la vena cava, cuando sólo se encuentra á un hígado vertical en vez de uno horizontal pueden ocurrir dudas, y puede ó debe recordarse que el riñón derecho puede estar agrandado y simular ser un hígado; es sin embargo raro hallar en ese caso la escotadura que corresponde á la vesícula biliar, y más raro aún palpar un borde delgado que un riñón agrandado: no sé como haría para percutir.

Los síntomas del hígado flotante no le son propios, alguna vez nada induce á sospechar la existencia de tan magna alteración, por lo que los enfermos relatan ó lo que un examen superficial revela: tal cosa ocurría con una de mis enfermas, que ni sospechaba tener tal hígado dislocado ni sabía cómo ó cuándo podía haberle ocurrido tal percance; era mi enferma á lo que sospecho influenciada por el uso del corsé, que acostumbraba á usar ceñido.

Cuando la conocí de casi 70 años, hacía mucho no usaba ajustada esa pieza de vestir. De mis otras dos

enfermas la una tenía dolores en el costado y hombro derechos, la otra me vino á ver por cólicos hepáticos con ictericia; en las dos últimas el hígado se redujo, conservándose en la una que ví hace pocos días, allí donde le corresponde estar.

Dos veces he visto diagnosticar un bazo flotante en enfermos cuya necropsia reveló que tenían tumores del epiplón.

Dos enfermos en los cuales he diagnosticado esa lesión, no tienen mi diagnóstico confirmado por la autopsia. Una de las enfermas (las dos lo son) era una niña que ví cuando estudiante: tendría 9 á 10 años, su bazo caía en la mano al que le examinaba el abdomen y era fácilmente reductible; la región esplénica, sonora cuando el bazo andaba mucho ofrecía tono percutorio mate al reponerlo.

En el segundo caso se trata de una leucémica cuyo bazo de más de 40 centímetros de largo y 30 de ancho, llega casi á la fosa ilíaca y á la línea media; las molestias que ese tumor movible causa á la enferma se disminuyen, llevando á su sitio al órgano dislocado.

Durante la época menstrual, presenta esta enferma un considerable aumento de su bazo, el que parece que llegara á comprimir la vejiga, produciéndole un tenesmo urinario molestísimo.

Esta leucémica, que observo hace más de un año, ofrece como observación interesante en los últimos meses una diminución de su esplenomegalia, que se acompaña con un mejoramiento de su estado general y una diminución de sus leucocitos—1: 12 más tarde 1: 8, luego uno por cada 14 y hoy día uno por cada 17 hematies. Para admitir que un tumor movible pueda considerarse como bazo, es necesario tener en cuenta su forma, su reductibilidad, y poder comprobar que la matitez que falta reaparece cuando se le lleva bajo el arco costal izquierdo.

Los resultados terapéuticos que he obtenido en mis enfermos con vísceras dislocadas ó flotantes, no son como para enorgullecerme de ellos. Siempre que los órganos eran movibles he tratado de contenerlos con cinturas apropiadas, no conociendo un modelo que sirva para todos los casos.

Cuando un órgano dislocado estaba fijo fuera de su sitio normal, allí lo he dejado. En uno de mis enfermos de riñón flotante canceroso, se hizo la nefrectomía por el Dr. Texo con resultado fatal.

No he observado en ninguno de mis casos molestias tan grandes ó perturbaciones tan graves como para proceder ó proponer alguna de las *pexias* que hoy se aconsejan y cuyos resultados remotos no consideran siempre satisfactorios los operadores, aun los más entusiastas.

La extirpación de un riñón flotante sano la considero directamente perjudicial; los riesgos de la operación y sus consecuencias remotas me parecen más graves que el mal mismo, contra el cual se les emplea como remedio. ¿Será cobardía mía?

En resumen:

Sabemos que las grandes glándulas abdominales suelen cambiar de sitio.

Ignoramos por completo porqué se producen estas dislocaciones.

Podemos establecer con seguridad casi absoluta el diagnóstico de hígado flotante ó dislocado.

Es posible determinar con alguna seguridad la existencia de un bazo dislocado.

Es difícil ó á veces imposible asegurar que un tumor abdominal movible es un riñón.

La diferencia percutoria entre una región renal y la otra es el signo de mayor valor, á mi juicio, para calificar de riñón flotante ó dislocado á un tumor de la cavidad abdominal.

10. IV. 1898.

R. WERNICKE.

SINTOMATOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LAS COLAS DE CORNETE

por el Dr. **Diógenes Urquiza**

Anatómicamente hablando, cola de cornete significa la porción terminal ó faríngea de los cornetes nasales, por oposición á la otra extremidad llamada cabeza; pero en lenguaje rinológico, cola de cornete implica un proceso patológico localizado á su segmento posterior, con caracteres bien definidos, que le dan una fisonomía propia, digna de figurar aparte en la patología nasal. El uso, y sobre todo la participación que este proceso tiene en común con las afecciones de la pituitaria, han hecho que se le describa comprendido en las rinitis crónicas hipertróficas, pero su individualidad es tan resaltante en ciertos casos é ignorada por el sólo hecho de presentarse único, es decir, desprendido de los otros caracteres en los que los engloban los tratados clásicos que he creído de alguna utilidad contribuir al deslinde de posiciones, haciendo resaltar aparte la sintomatología y el tratamiento á que da lugar.

No soy, seguramente, el primero en creer que la cola de cornete deba constituir un capítulo aparte en la patología nasal. Ya Barbier, en el año 1889, en un excelente estudio basado sobre gran número de observaciones y trabajos de laboratorio, llega á considerar estas producciones como una entidad distinta de las que afectan las otras diversas partes constituyentes de las fosas nasales, clasificándolas histológicamente como mixangiomas.

Recientemente Lacoarret, en un concienzudo trabajo al

respecto, entre las múltiples conclusiones á que arriba relativas á la personalidad que desempeñan los cornetes inferiores bajo el punto de vista anatómico, fisiológico y patológico, dice: que por sus orígenes embrionarios, la mucosa difiere esencialmente de la que tapiza los otros cornetes y que se aproxima como constitución anatómica á la mucosa del tubo digestivo, encerrando como ella glándulas en racimo, fibras musculares y folículos cerrados, que numerosos en la parte posterior hacen de la cola de cornete una *amígdala nasal*, según la expresión de Lennox Browne. Que bajo el punto de vista anatómico, patológico y clínico, estas degeneraciones son ó puramente mixomatosas ó fibro-mixomatosas y que por sus caracteres objetivos y microscópicos en razón de sus diferencias anatómicas, en razón de su situación respectiva, no tienen ninguna semejanza con las lesiones de la misma naturaleza que afectan la mucosa de los otros cornetes.

No soy tampoco el primero en describirlas, pues son alteraciones comunes y observadas desde los primeros pasos de la rinoscopia, pero sí pienso que primitivas ó secundarias, por la complexidad de síntomas á que dan lugar, por sus complicaciones frecuentes por parte del aparato auditivo, sobre todo, la delicadeza del diagnóstico, etc., merecen ser tratadas aparte con el mismo título que otras producciones análogas, cuya etiología aún discutida parece ser la misma, y que sin embargo son tratadas aisladamente por todos los autores; me refiero á los mixomas.

Las colas de cornete están constituídas por el aumento de volumen de la porción posterior de los cornetes inferiores. Este puede ser congestivo y esta es la primera faz ó hipertrófico ó polipoideo cuando persisten durante algún tiempo las causas que lo han producido.

El tejido mucoso que cubre los cornetes es sumamente vascular y turgescente; se le ha comparado con el tejido esponjoso del glande y efectivamente como él se ingurgita á veces de tal manera, que destruye en mayor ó menor grado la abertura posterior de las fosas nasales.

En los niños en quienes se presentan frecuentemente hipertrofiados los tejidos linfoideos de las primeras vías respiratorias amígdalo-faríngea, palatina, etc., es muy común que las colas de cornete adquieran un volumen

exagerado. Esto se explica fácilmente; cualquiera desorden en la circulación de la región tiene que repercutir sobre un tejido tan rico en vasos y tan fácil de distenderse.

Tal es el principio ordinario de la enfermedad. Si las causas que perturban el libre funcionamiento de la respiración y de la circulación persisten, la mucosa distendida pierde su elasticidad, su tejido se altera por la formación de nuevos elementos y poco á poco se va transformando hasta llegar con el tiempo á la hipertrofia simple ó la degeneración polipoidea.

Los síntomas son como en todas las afecciones nasales de dos órdenes: los síntomas funcionales y los síntomas físicos.

Entre los primeros, el que más llama la atención del enfermo es la obstrucción nasal. El aire atraviesa con dificultad las fosas nasales, manifestándose de preferencia bajo la influencia de ciertas causas ocasionales tales como la digestión, la fatiga intelectual, los cambios de temperatura y sobre todo cuando la atmósfera está cargada de vapor de agua. Estos trastornos van acentuándose cada vez más y especialmente durante la noche favorecidos por el decúbito horizontal. El sueño es intranquilo, interrumpido á menudo por pesadillas y acompañado de frecuentes ronquidos. Despierta con la boca y faringe secas, lo que le produce una sensación desagradable. Los accidentes se atenúan poco después durante el día para repetirse en la noche subsiguiente. En este estado los corizas agudos son frecuentes, provocados y mantenidos por el estado de la mucosa. Las lesiones siguen aumentando en intensidad; la respiración bucal nocturna se hace también diurna y es común que en tales circunstancias el enfermo experimente una sensación de obstáculo detrás de las fosas nasales que localiza muy bien y del cual busca desembararse por medio de violentos esfuerzos al través de la nariz, sin conseguir expulsar otra cosa que escasas mucosidades secas y adherentes.

Las alteraciones de la voz son frecuentes. La voz cambia de timbre, toma el tipo nasal; otras veces está al mismo tiempo más ó menos velada, lo que sucede con cierta frecuencia por la concomitancia de lesiones faringo

laríngeas, que si no son constantes llaman la atención del enfermo por la facilidad con que se producen.

La olfación es poca alterada; sólo se observan ligeras perturbaciones anósmicas, pero que nunca llegan á la anosmía verdadera.

Las manifestaciones por parte del aparato auditivo son frecuentes y á menudo son ellas las que determinan al enfermo á consultar al especialista.

En efecto, se observan todas las graduaciones de las afecciones auriculares más comunes.

El catarro naso-faríngeo crónico, acompañante forzoso de la cola de cornete, mantiene un terreno propicio para toda clase de gérmenes que aprovechando cualquier circunstancia favorable irán á infectar el oído medio, así como siguiendo el mismo camino extenderá sus alteraciones crónicas para producir lesiones del mismo carácter que si no se interviene á tiempo ocasionarán perjuicios irreparables.

Hay, finalmente, otro grupo de trastornos funcionales de orden reflejo bien estudiados por Voltolini, Hartmann y Schaeffer, Fraenkel, etc., y especialmente por Hack, que todos son comunes á las rinitis hipertróficas y cuya descripción no ofrece mayor interés aquí. Diremos de paso simplemente, que éstos pueden ser generales; emicraneas, neuralgias supra é infra orbitarias, fenómenos más alejados aún, como el asma, por ejemplo, ó bien locales: tos, cosquillas, estornudos, zumbido de oídos, etc.

Hasta aquí, como acabamos de ver, casi todas las alteraciones descritas son comunes á las estenosis nasales en general; pero llegamos al otro grupo de síntomas, los físicos ú objetivos, que son los que caracterizan la lesión dándonos la llave del diagnóstico. Estos no los proporciona la rinoscopia y el tacto.

A la rinoscopía anterior dos casos pueden presentarse: en el primero desde la introducción del espéculum nasal se notan signos de una rinitis crónico-hipertrófica; la mucosa del cornete inferior está roja, lisa, aumentada de volumen en toda su extensión, lobulada á veces, que desborda más ó menos sus límites normales é impide ver el fondo. Se deja deprimir por el estilete y conserva la depresión ó no, según su grado de alteración. De todos modos, el empleo de la cocaina en solución fuerte al 10 %

limitándola con cuidado á la porción anterior, dilatará el campo lo bastante para poder explorar la región posterior.

La extremidad libre se muestra entonces pudiendo apreciarse la coloración, el volumen y por medio del estilete asegurarse de la consistencia, retractilidad, movilidad, etc

La rinoscopia posterior nos muestra las extremidades de los cornetes, que en vez de ser afinadas, están redondeadas, lisas y tensas, con una coloración rojo vinoso ó azulado y lucientes. Casi siempre bilaterales, con pequeñas diferencias de tamaño.

En el segundo caso faltan los signos de rinitis crónica anterior, y si los hay son tan poco pronunciados que pueden pasar desapercibidos.

El tumor ocupa el fondo de la cavidad, confundiéndose con la coloración difusa de la región.

Otras veces el tumor pende hacia el cavum nasal en donde sólo lo descubre un examen detenido y el hábito de buscarlo.

La rinoscopia posterior aquí nos muestra la extremidad de los cornetes transformados en un tumor más bien pálido, de aspecto edematoso, grisáceo, surcado de depresiones que le dan un aspecto lobulado, aframbuesado ó de racimo. El tamaño es variable, pero puede alcanzar al de una nuez. En tal caso las dos masas desbordan la cavidad y adosándose ocultan el borde posterior del tabique.

Finalmente, el tacto naso-faríngeo puede ser útil alguna vez, especialmente en los niños.

El tratamiento varía según la edad del enfermo y el grado de la lesión. En los niños en quienes el aumento de volumen es congestivo y la mucosa simplemente distendida no ha perdido ninguna de sus propiedades aún, la supresión de las causas productoras ordinarias, vegetaciones adenoideas é hipertrófica de las amígdalas restablecerá el juego regular de la circulación y respiración. Si pasado algún tiempo después de practicada la operación las colas de cornetes persisten, se procederá como en el adulto.

El tratamiento debe ser destructivo; por agentes químicos, por el galvano-cauterio, por electrólisis ó la amputación por el ansa fría ó por el ansa galvánica.

¿A cuál de estos agentes debe darse la preferencia?

Los cáusticos químicos son insuficientes en general, así como el galvano-cauterio, que de ordinario requiere muchas aplicaciones. El método por electrólisis, aunque hay quien sostenga su superioridad, es más engorroso que práctico.

El ansa fría ó el ansa caliente ó galvánica son los dos medios por excelencia entre los cuales debe elegirse.

El procedimiento por el ansa fría es el que consiste en la adaptación de un alambre al caño ó tubo de un cierranudo fijado á su mango correspondiente y dispuesto de tal manera, que una vez formada la lazada pueda abrazar y circunscribir la porción de mucosa que se desea extirpar. Es en suma el polípotomo vulgar que se usa corrientemente en rinología, destinado á cortar por tracciones que se ejercen sobre su mango, hasta reducir el ansa que desaparece dentro del conductor y secciona los tejidos.

El ansa caliente ó galvánica está basada en estos mismos principios, pero destinada á seccionar los tejidos por intermedio de una corriente eléctrica.

¿A cuál de estos medios debe darse la preferencia?

Uno y otro tiene sus ventajas como sus desventajas.

El ansa fría tiene la gran ventaja de que su manejo es mucho más facil en razón de la forma y simplicidad que componen el instrumento; hecho muy digno de tenerse en cuenta, puesto que se trata de penetrar en la profundidad de cavidades estrechas normalmente, sinuosas y no pocas veces obstaculizadas por desviaciones, crestas y espinas del tabique.

Pero, en cambio, tiene la desventaja de que ocasiona á menudo hemorragias que pueden ser de importancia.

El ansa galvánica es un aparato más complicado, más difícil de manejar, por lo tanto; por más que se reduzca el calibre de los tubos porta-ansa, nunca puede llegar á dárseles la fineza que requiere su fácil manipulación; además, el hecho de estar unida por conductores más ó menos gruesos á la fuente eléctrica y sujeta á las contingencias de la corriente que no siempre puede regularse con toda precisión y expone á pequeños contratiempos, hace que su manipulación sea algo embarazosa.

El ansa galvánica es cierto que no expone con tanta

frecuencia á las hemorragias consecutivas á la operación, pero tampoco las suprime del todo, aunque se tenga la precaución, lo que es elemental, de no llevar la corriente eléctrica más allá del rojo obscuro y hacer la sección en el mayor tiempo posible. La reacción inflamatoria que produce alrededor de la superficie seccionada, es mayor y más durable que la que sucede á la producida por el ansa fría.

En suma, pienso que valorados los méritos ó desméritos que resultan en la práctica de estos procedimientos, ambos son aplicables según las circunstancias.

En tesis general, creo que se debe dar la preferencia al ansa galvánica y reservar el uso del ansa fría á aquellos casos en que la estrechez ó tortuosidad de los conductos nasales ponen á sí mismo á prueba la habilidad del operador.

Hé aquí como se procede: generalmente se aconseja no hacer uso de la cocaína y hasta la prescriben algunos maestros porque en virtud de sus propiedades vaso constrictivas reduce á su última expresión la contractilidad de la mucosa y dificulta aún más el enlazamiento del tumor que se busca extirpar, y que la reacción dilatatriz de los vasos seccionados expone con mayores probabilidades á las hemorragias postoperatorias. Creo que la cocaína por el contrario proporciona grandes ventajas siempre que se tenga la precaución de localizar con todo cuidado su aplicación tópica, manteniéndose alejada del segmento posterior de los cornetes. Dilata el campo operatorio é insensibiliza una buena parte del trayecto á recorrer.

Ultimamente he usado la eucaína (clorhidrato al 5 %) sal recientemente introducida en la terapéutica, que como se sabe posee las mismas propiedades anesténicas locales de la cocaína, aunque menos marcadas y no tiene acción ninguna sobre los vasos. Esta propiedad la hace muy recomendable para estos casos, pero mi práctica aún insuficiente no me permite pronunciarme al respecto.

Una vez anestesiada la región en la forma que acabo de indicar y preparado el instrumento á emplearse (ansa fría), la elección del alambre no es indiferente sino al contrario primordial: debe ser de acero rígido (cuerdas de mandolina núm. 6), se introduce el ansa que debe ser también lo más pequeña posible, paralelamente al tabique

entre éste y el cornete inferior, el que no abandona en razón de haberle dado el ansa una ligera inclinación con respecto á la extremidad del tubo, hacia afuera y abajo. Tan pronto como llega al cavum nasal se tiene la sensación neta del vacío. En este momento, el lazo, dada su propia elasticidad, debe abrazar la extremidad posterior del cornete.

Si se duda del éxito, se recomienza la operación en su última parte, ó bien se lleva el ansa francamente hasta la pared faríngea como punto de orientación, para desde allí efectuar los movimientos que den por fin el resultado que se busca.

Algunos aconsejan hacer el tacto naso faríngeo conjuntamente con la introducción del ansa por la naríz. Este procedimiento, que puede ser muy bueno como adjutatorio en ciertos casos, por lo común no es necesario.

Estrechada el ansa, los tejidos encerrados en ella oponen mayor ó menor resistencia según el grado de sus alteraciones. Si se procede con rapidez, irremisiblemente se produce una hemorragia, que generalmente abundante, exige el taponamiento inmediato, razón por la cual muchos prácticos la prescriben casi en absoluto.

Pero si se procede con lentitud haciendo la estrangulación en el mayor tiempo posible para dar lugar á la trombosis de los vasos, la operación puede llevarse á término sin la menor efusión de sangre.

El procedimiento por el ansa caliente es muy semejante al anterior; difiere sólo en detalles que se relacionan con el factor eléctrico.

Es necesario disponer de un mango apropiado, un porta ansa, formado por dos cañones metálicos superpuestos en el sentido vertical y aislados el uno del otro convenientemente y de un hilo de acero rígido (de mandolina número 7).

Montado el aparato y puesto en comunicación con una corriente eléctrica, cuatro acumuladores reunidos en tensión (8 volts) bastan, está apto para funcionar.

Antes de proceder á la operación es imprescindible cerciorarse de que la corriente pasa y regularla al mismo tiempo. Pero como si se hace pasar la corriente, el alambre se destempla y pierde su rigidez, es necesario tener una segunda ansa dispuesta de la misma manera, para

reemplazar á la primera una vez obtenida la graduación que se requiere.

Diré, sin embargo de paso, que no hay mayor inconveniente en usar el alambre tal cual. Muchas veces después de una tentativa infructuosa me he valido del mismo hilo sin echar de menos su rigidez.

Se introduce á lo largo del cornete inferior en la forma ya descrita y después de abrazar la extremidad del cornete se cierra el ansa, cuidando de hacer pasar la corriente no continuada sino interrumpida, lo cual es muy importante, porque de otro modo se secciona demasiado ligero, lo que no conviene á la constricción de los vasos y se expone por otra parte á fundir el alambre.

Se debe tener presente al mismo tiempo, que la intensidad de la corriente aumenta con la diminución del circuito á fin de moderarla por intermedio del resorte

Las consecuencias operatorias, de ordinario, no ofrecen otro peligro que las hemorragias, ya inmediatas ó tardías y que pueden llegar á ser alarmantes.

Algunos aconsejan no taponar, por considerar el taponamiento más incómodo que útil, y se contentan con insuflar polvos antisépticos y recomendar al enfermo la tranquilidad, los alimentos fríos, etc.

Otros colocan á lo largo del cornete inferior un tapón de algodón impregnado en substancias hemostáticas. Otros, en fin, lo practican sistemáticamente.

Por mi parte, creo que el temperamento mixto es el que más conviene según la categoría de los enfermos; si son ó no capaces de observar las prescripciones que se le indican y si pueden acudir al médico en caso de accidente. Si hay lugar á dudas debe practicarse el taponamiento anterior, que bien ejecutado, basta.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDÁTICOS

Por el Dr **Alejandro Posada**

Profesor suplente de Medicina Operatoria

SEÑORES:

La extremada abundancia de la infección equinocóccica en los habitantes de nuestra patria y la frecuencia cada día mayor con que es solicitada la intervención quirúrgica por enfermos de esta especie, me han hecho preocuparme de su estudio hace ya algún tiempo.

De la larga serie de los métodos propuestos para la cura quirúrgica de los quistes hidáticos, dos solos quedan hoy en pie y se disputan el favor de los operadores. Son ellos, la punción aspiratriz seguida ó no de inyecciones parasiticidas y la marsupialización y el drenaje.

El primero de estos métodos es peligroso, ha ocasionado y ocasiona gran número de muertes; es infiel, la recidiva es sumamente frecuente después de su empleo, provoca á menudo la supuración del quiste y obliga entonces á practicar en malas condiciones la operación más radical, que se trataba de evitar. Debe pues ser entera y absolutamente abandonado.

El segundo método, la marsupialización y el drenaje, es un método de necesidad, que no debe emplearse sino en los quistes supurados y únicamente para ellos. Sus inconvenientes son numerosos, pero en los casos que indico no podemos dejar de practicarlo. Sólo para ellos debe ser conservado.

Todos los quistes hidáticos no supurados, en los que no es posible la extirpación completa del tumor (quiste hidático propiamente dicho y membrana adventicia enquistante), deben ser operados sistemáticamente, por un método que yo empleo, desde el mes de abril del año 1895

Este método, que yo he sido el primero en sistematizar y emplear entre nosotros, consiste en su esencia, en la extracción de la membrana germinal y de su contenido y en la sutura y oclusión sin drenaje de la bolsa adventicia peri-quística.

Parece que el primero que haya propuesto su empleo, ha sido el cirujano inglés Bond, en el año 1891. Falto de hechos prácticos en número suficiente para probar su bondad, no se ha generalizado, es desconocido de la mayor parte de los operadores ó no ha conquistado sus votos.

Mi estadística personal, es bastante numerosa hoy para probar la inocuidad y la suma excelencia de sus resultados. Creo que su conocimiento interesará á los que esperan un número crecido de hechos, para formarse una opinión al respecto; es lo que me mueve á publicarla.

Mi procedimiento operatorio consiste:

1º En la operación preliminar necesaria para llegar al tumor, que es la laparotomía en los quistes del abdomen, la toracoplastia en los del pulmón, craniectomía temporaria en los del encéfalo, etc. No es del caso insistir sobre este tiempo de la operación.

2º Llegado al quiste, se abre su bolsa adventicia periquística, se extrae la membrana fértil con su contenido, se seca y se limpia bien la cavidad de la bolsa periquística. Si hay porciones exuberantes resecables, de esta bolsa fibrosa, se extirpan y finalmente se sutura, tratando por la inversión de los bordes de la incisión y por el modo de pasaje de los hilos, análogo á las suturas sero-serosas intestinales, de disminuir en lo posible su cavidad.

Se abandona el muñón restante y se practica la oclusión hermética y sin drenaje de toda la herida operatoria.

He ahí las grandes líneas del método y lo que constituye su esencia.

Atribuyo poca importancia á las variantes de detalle, introducidas por prurito de innovar, ó cuya utilidad es discutible. Sin embargo, para justificar mi proceder, anotaré brevemente algunas observaciones á variantes que de poco tiempo á esta parte he visto proponer.

1º Capitonaje; es decir, aproximación de las paredes de la bolsa periquística, por planos de sutura superpuestos, con el objeto de adosar sus paredes y no dejar cavidad.

Este tiempo es unas veces inútil, otras impracticable, otras peligroso.

Es inútil en la gran mayoría, la casi totalidad de los quistes. En efecto, una vez extraído el líquido quístico

y la membrana germinal, la presión de las vísceras vecinas aproxima las paredes de la bolsa periquística y toda cavidad queda así borrada. Con frecuencia me complazco en demostrar este hecho á los que asisten á mis operaciones. En estos casos, pues, que repito, constituyen la casi totalidad, el capitonaje es inútil.

El capitonaje es impracticable, cuando las paredes de la bolsa fibrosa, de gran espesor, de consistencia cartilaginosa, ó con infiltración calcarea, no se aproximan espontáneamente. En estos casos, las suturas desgarran, pero no aproximan.

El capitonaje es peligroso, porque al arponear con la aguja las paredes de la bolsa, no se sabe lo que hay en la punta de la aguja, vena cava, intestino, estómago, etc., etc.

El capitonaje debe, pues, ser abandonado, por las razones apuntadas.

2º Fijación del muñón á la pared. Este tiempo es inútil, prolonga la operación y no es siempre practicable.

Es inútil, porque ó el quiste es supurado y entonces hay que marsupializar, ó no lo es y la maniobra no tiene objeto. Los quistes que se infectan y supuran, adhieren espontáneamente á la pared; lo he observado todas las veces que este accidente ha sobrevenido.

Las otras dos consideraciones, prolonga la operación y no es siempre practicable, no necesitan comentarios.

3º La naturaleza de los hilos empleados en la sutura, apenas merece los honores de una mención. Empleo el catgut, que no quiere decir que la seda, la crín ó aún los hilos metálicos, no sean empleables. No atribuyo, por otra parte, ninguna importancia al punto.

El método operatorio que acabo de describir, tiene las ventajas siguientes:

1º Su gravedad es menor que la de la punción aspiratriz. El único caso de muerte, causada por la operación en mis operados, fué por una infección que acarreó una peritonitis.

2º El tiempo necesario para la curación, es menor que cualquier otro procedimiento. Ningún punzado podrá declararse curado en los ocho primeros días.

3º Es un procedimiento absolutamente fiel en sus resultados.

Quistes hidáticos tratados por la extracción de la m

IERO	NOMBRE	EDAD años	VOLUMEN DEL QUISTE	PROCEDENC
40	Andrés Maydana	34	Huevo de avestruz	Entre Ríos
41	Pedro Alcuna	35	Cabeza de niño	Azul
42	N. N	5	Huevo de pato	Capilla
43	Juan Vidal	13	Cabeza de niño	Azul
44	Carlota Alvarez	13	Mayor que huevo de avestruz	Buenos Aire
46	Manuel Roldán	11	Huevo de avestruz	Dolores
46	L. C	29	Huevo de pavo	Luján

Quistes hidáticos tratados por la extracción de la membrana germinal y

y 48	Manuel Farcat	9	Cabeza de adulto	Olavarría
49	Cirilo Scoane	11	» »	Capilla
50	N. N	31	Huevo de pavo	Monte
51	H. G	38	Cabeza de niño	Buenos Aire
52	A. F	32	Mayor que cabeza de adulto	Ferrari

Quistes supurados tratados

53	Pedro G	38	Huevo de avestruz	Pampa
54	José Fisas	12	Cabeza de niño	Buenos Air
55	María Stella	7	» de adulto	Monte
56	L. P	19	» »	Buenos Air
57	Domingo Chavarría	10	» »	Dolores

Qiustes tratados por la extracción de la membrana ge

ÚMERO	NOMBRE	EDAD años	VOLUMEN DEL QUISTE	PROCEDENC
58	Domingo Payadán	4	Un puño	Morón

ana germinal y la sutura sin drenaje, que curaron por 1ª intención.

ÓRGANO QUE AFECTAN	OBSERVACIONES	OPERACIÓN	RESULT
lmón derecho, lóbulo medio	Quiste uniliocular, sin escolex ni vesículas hijas, líquido claro		
gado, lóbulo derecho	Quiste unilocular, con vesículas, con escolex, líquido claro	Extrac. y sutura	1ª inte
bita izquierda	Quiste unilocurar, sin vesículas, acefalociste, líquido claro	»	»
iploon, peritoneo, hígado, pulm., etc.	Quistes uniloculares, acefalocistes, líquido claro. Se extraen cinco quistes del vientre.	»	»
gado lóbulo derecho, cara superior	Quiste unilocular, sin vesículas, con escolex, líquido claro	»	»
gado, peritoneo, diafragma, pulmones.	Quistes uniloculares, líquido claro, sin vesículas	Extrac. de 5 quistes del viento	»
rótida derecha	Quiste unilocular, lleno de vesículas, líquido claro, escolex	Extrac. y sutura	»

tura sin drenaje, que supuraron y debieron ser drenados consecutivamente

gado, lóbulo derecho y epiploon	Quistes uniloculares, sin vesículas, con escolex, líquido claro	Extrac. y sutura	Supuró, se curó á
» lóbulo derecho	Quiste unilocular, con vesículas hijas, líquido claro	»	Curó á 2
» » »	Quiste unilocular, sin vesículas, líquido claro.	»	C ró á 4
» » »	Quiste unilocular, vesículas hijas, con escolex, líquido claro	»	Curo á 1
lmón izquierdo, lóbulo sup. y medio	Quiste unilocular, sin vesículas, con escolex, líquido claro	»	Curó á 4

marsupialización y el drenaje

lmón izquierdo, lóbulo inf. y superior.	Un quiste el mayor supurado y gangrena pulmón, el 2º como una naranja, en el vértice pulmón, líquido claro, hallóse en autopsia	Abertura y drenaje	Mu'to de
zo	Quiste supurado, vesículas hijas y ganchos	Marsupialización	Curó á 2
gado, lóbulo derecho, cara superior	Quiste supurado, sin vesículas, con escolex	»	Curó á 3
» » »	Quiste unilocular, supurado, sin vesículas, con escolex	»	Curó á 6
ura derecha	Quiste unilocular, supurado, sin vesículas, escolex	»	Curó á 6

l y la sutura completa sin drenaje, que murieron.

ÓRGANO AFECTADO	OBSERVACIONES	CAUSA DE LA MUERT
gado, lóbulo derecho, cara superior	Quiste unilocular, líquido claro, sin vesículas, escolex	Muerto de peritonitis al 3er

Quistes hidáticos, tratados por la extracción de la membran

ERO	NOMBRE	EDAD años	VOLUMEN DEL QUISTE	PROCEDENCIA
	Javier Larrea	3	Huevo de avestruz	Monte
2	Antonio Fromento	10	Cabeza de niño	Buenos Aires
3	Laurinda Pérez	7	Huevo de avestruz	Cañuelas
4	Juana Lucas	10	Mayor que huevo de avestruz	Buenos Aires
5	Miguel Honorato	3	Manzana	Morón
6	Primitiva Larrea	6	Huevo de pato	Pila
7	Nicolasa Méndez	8	Huevo de pavo	Cañuelas
8	Lorenzo Bilbao	13	Huevo de gallina	Ayacucho
9	María Betegui	9	Cabeza de niño	Pehuajó
0	María Betegui	9	» »	»
1	María Bronchi	10	Huevo de avestruz	Buenos Aires
2	Delfina Argañarás	7	Cabeza de adulto	Tres Arroyos
4, 15	Manuel Darquie	5	» »	Buenos Aires
6	Nicola de Pascua	9	Huevo de avestruz	Flores
7	Saturnino Argüelles	12	Cabeza de niño	Arenales
y 19	Nicolás Lanusse	10	Huevo de avestruz	Tres Arroyos
0	Sofía Viola	11	Cabeza de adulto	La Plata
1	María Díaz	7	» »	Belgrano
2	Misma enferma, un mes después	7	» »	»
3	Brígida Tuite	5	» »	Capilla
4	Atilio Orti	9	Huevo de avestruz	Chacarita
y 27	Lorenzo Torres	9	Cabeza de adulto	Campana
7	Ciriaco Ezeiza	10	Huevo de avestruz	Chacabuco
8	Justo Rivero	6	Huevo de gallina	Trenque Lauque
9	Juan José Terraco	10	Mayor que cabeza de adulto	Necochea
0	Liberata Horn	11	Huevo de pato	Olavarría
1	Jacinto Echevarría	13	Huevo de avestruz	Juárez
2	Ana Vignes	10	Como un puño	Buenos Aires
3	Carolina Carrafa	12	Huevo de avestruz	»
5, 36	María Guzmán	13	Cabeza de adulto	Ferrari
7	Josefa Hayden	24	» »	Pampa
8	Juana Ardoy	40	Cabeza de niño	Arrecifes
9	Julia Mena	31	Un puño	Saladillo

erminal y la sutura sin drenaje, que curaron por 1ª intención.

ÓRGANO AFECTADO	OBSERVACIONES	OPERACIÓN	RESUL
óbulo derecho, hígado, superior conv.	Quiste unilocular, fértil, sin vesículas, líquido claro	Extrac. y sutura	1ª inte
» » cara inferior	Quiste unilocular, fértil, sin vesículas, líquido claro	»	»
iñón izquierdo	Quiste unilocular, fértil, sin vesículas, líquido claro	»	»
igado, lóbulo derecho, cara superior	Quiste unilocular, acefalociste, sin vesículas, líquido turbio	»	»
nglio linfático, cuello	Quiste unilocular, con escolex de tenia, líquido claro	»	»
ándula submaxilar izquierda	Quiste unilocular, con escolex de tenia, líquido claro	»	»
igado, lóbulo derecho, espesor	Quiste unilocular, con escolex de tenia, líquido claro	»	»
úsculo externo-mastoideo	Quiste unilocular, acefalociste, líquido claro	»	»
igado, lóbulo derecho	Quiste unilocular, sin vesículas, con escolex, líquido bilioso	»	»
» lobulo izquierdo	Quiste unilocular, líquido claro, con escolex, misma enferma anterior	»	»
» lóbulo derecho	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
» » »	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
» tres quistes, ocupan todo el órg.	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
» lóbulo derecho	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
» lóbulo derecho, convexidad	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
» ambos lóbulos, dos tumores	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
» lóbulo derecho	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
lmón izquierdo, lóbulo superior	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
gado, lóbulo derecho	Quiste unilocular, con vesículas hijas, líquido cremoso	»	»
» » »	Quiste unilocular, con vesículas hijas y escolex, líquido claro	»	»
bulo derecho, cuerpo tiroides	Quiste unilocular, sin vesículas, con escolex, líquido claro	»	»
bulo derecho, hígado dos tumores	Quistes uniloculares, acefalocistes, líquido claro, el menor = una naranja	»	»
gión carotídea derecha	Quiste unilocular, acefalociste, sin vesículas, líquido claro	»	»
sculo externo-mastoideo derecho	Quiste unilocular, acefalociste, sin vesículas, líquido claro	»	»
gado, lóbulo derecho	Quiste unilocular, con escolex, sin vesículas, líquido claro	»	»
terno mastoideo izquierdo	Quiste unilocular, líquido claro, con escolex, sin vesículas	»	»
lmón derecho, lóbulo medio	Quiste unilocular, líquido claro, sin vesículas, con escolex	»	»
gado, lóbulo derecho	Quiste unilocular, líquido claro, sin vesículas, con excolex	»	»
» » »	Quiste unilocular, líquido claro, sin vesículas, con escolex	»	»
» tres tumores, llenan todo el org.	Quistes uniloculares, líquido claro, sin vesículas	»	»
» lóbulo izquierdo, cara convexa	Quistes uniloculares, líquido claro, sin vesículas	»	»
» lóbulo derecho, cara inferior	Quistes uniloculares, líquido claro, sin vesículas	»	»
» lóbulo derecho, cara superior	Quistes uniloculares, líq. claro, sin vesículas.	»	»

En total, 58 quistes hidáticos, de los que 36 eran del hígado, cinco del pulmón, tres del cerebro, tres de los músculos, tres del peritoneo, uno del cuerpo tiroides, dos de las glándulas salivares, uno de los ganglios linfáticos, uno de la pleura, uno del riñón, uno del bazo, uno de la órbita.

De estos 58 quistes, cinco eran supurados y fueron tratados por la marsupialización y el drenaje, igualmente se marsupializó un quiste del cerebro no supurado,

Quedan cincuenta y tres quistes, que fueron tratados por la extracción de la membrana germinal y la sutura sin drenaje. Cinco de ellos supuraron y debieron ser drenados consecutivamente; el resto, cuarenta y ocho, curaron por primera intención.

Uno de los operados de un quiste del hígado, murió de peritonitis, por infección operatoria.

De los quistes marsupializados murieron dos, uno del cerebro por pérdida del líquido céfalo-raquídeo, por abertura del ventrículo, y otro del pulmón por shock operatorio.

Otros tres operados por la extracción de la membrana germinal y la sutura sin drenaje, murieron por accidente: uno del cerebro, por congestión cerebral, á los cinco de operado; dos operados de quistes múltiples del vientre, que curaron por 1ª intención de la operación y que murieron, uno á los quince días, otro á los trece; por complicaciones de quistes pulmonares contemporáneos, uno de bronco-pneumonía peri-kystica, otro de una hemoptisis.

Todas las muertas de operados por este método son pues extrañas á él y de ningún modo imputables al procedimiento.

Buenos Aires, abril 18 de 1897.

EL MÉDICO MÁS ANTIGUO DE LA REPÚBLICA ARGENTINA

Por el **Dr. Roberto Lehmann Nitsche**
Doctor en Filosofía y Medicina
Encargado de la Sección Antropológica del Museo de La Plata

Se ha podido demostrar, que ya en la época piedra pulida se hacía una complicada operación quirúrgica. Esta consistía en la trepanación del cráneo, y se comprobó en Francia, España, Portugal, Alemania, Italia, Dinamarca, Bohemia y Rusia. Hoy es practicada aun por los pueblos indígenas de la Oceanía y por los kábilas del norte de Africa.

Se ha constatado que en tiempos pasados también se aplicó en Norte América, Perú y en las regiones del norte ó este de nuestra república.

En muchas ocasiones no se puede comprender el porqué de estas operaciones, y esta duda da margen á infinidad de diferentes teorías.

Desearía mostrarles ahora, señores, dos cráneos trepanados, de alto interés, que proceden del Museo de La Plata y sobre los cuales publicaré un trabajo en la revista del mismo museo de todos los datos bibliográficos.

Uno de ellos pertenece á los cráneos más antiguos sudamericanos y fué encontrado junto con toda una colección de otros, en un paradero precolombiano cerca del río Negro, por el ilustre y conocido explorador doctor Moreno. La tribu que representa este cráneo es completamente diferente de las tribus actuales patagónicas

y se halla del todo extinguida. En él se ha comenzado la operación raspando con piedra la cabeza, por una enfermedad cualquiera, pero el paciente murió de resultas de esta última y mientras se lo operaba.

Cráneos con trepanaciones inconclusas son extraordinariamente raros; entre muchos cientos de cráneos trepanados, sólo se encuentra otro en el museo de Lisboa, en las mismas condiciones, únicamente que el método era algo distinto. El paraje donde se encontró este cráneo es el más austral de toda Sud América, es decir, donde se hayan constatado trepanaciones. Es en general el *más antiguo comprobante del arte médica en toda Sud América.*

No he querido dejar de presentar esta rareza de la medicina y de la historia de la cultura, y he deseado llamar la atención de ustedes; pues, tal vez, se encuentran en algún rincón de Sud América tribus indígenas que la ponen aún en práctica.

He dicho.

¿HA EXISTIDO LA LEPRA EN AMÉRICA EN LA ÉPOCA PRECOLOMBIANA?

—

Este problema fué planteado por el doctor Ashmead en Nueva York, en presencia de los cuerpos mutilados que había hallado en las alfarerías peruanas. No sabe bien si se trata realmente de lepra, pero se inclina á creer que no. Mientras tanto, Virchow, que también posee alfarerías de la misma procedencia manifestó en el último congreso internacional de lepra en Berlín, que él se hallaba más bien dispuesto á creer que se trataba de esta enfermedad. Los miembros del congreso dejaron el caso sin resolver.

Considerando ahora, las espléndidas y cuantiosas

colecciones del museo de La Plata, me encontré ante vasijas de la misma clase (8 ejemplares) en las cuales he notado tres pruebas características de mutilación. Es decir, la de la nariz, del labio superior y de los pies. Virchow no cree que la lepra pueda ocasionar mutilaciones tan grandes en los pies. Carrasquilla, en Bogotá, ha comprobado por otra parte, por medio de documentos antiguos, que el primer caso de verdadera lepra ocurrió en la persona del primer conquistador de Bolivia Jiménez de Quesada y que, éste mismo, que murió de sífilis y lepra, había traído estas buenas yerbas de su patria. Polakonosky dice que si la lepra produce semejantes mutilaciones en los pies, debería haber producido por lo menos también la de algunos de los dedos. Este autor opina lo mismo que Carrasquilla, á saber: que estas mutilaciones representadas en estos objetos son debidas á castigos de criminales. En aquel tiempo la justicia era muy cruel y por pequeñas faltas cortaban la nariz y el labio superior. Cuando se trataba de reincidentes se les amputaba también los pies.

Ahora, si puedo permitirme emitir mi opinión: diré que dudo mucho que la mutilación de la nariz y la del labio superior se hallen en relación etiológica con la de los pies. Me parece que aquí se trata de inválidos mendigos que han adquirido una de las enfermedades que se contraen en la miseria.

Esta última enfermedad me inclino á creer que fuera lepra, puesto que según la acreditada opinión del doctor Virchow, no se ha confirmado aún la existencia de la sífilis en la época precolombiana. Es muy difícil distinguir las causas que han podido producir las mutilaciones de la cara, puesto que ambas enfermedades mencionadas y el lupus ocasionan resultados parecidos y en tiempos pasados se confundían continuamente. Quién sabe si los artistas peruanos no representaron los resultados de esas enfermedades del mismo modo por no poder distinguirlas. Todo lo que estos antiguos artistas han representado lo han caracterizado de una manera admirable, y para demostrar esto, vean ustedes aquí un ciego y un obeso. Para terminar haré resaltar que estos dos objetos que presento no son en mi opinión miembros *amputados*, como

lo asegura Ashmead, sino sencillamente vasijas para beber.

Ruego ahora á los presentes tengan la bondad de emitir su opinión respecto á la cuestión de la lepra.

He dicho.

En la discusión opina el doctor *Sommer*, que las vasijas representan criminales castigados. Si se tratara de alteraciones patológicas, sólo podrían atribuirse á lupus.

LA LEPRA

Por el Dr. **M. Aberastury**

En la primera reunión del grupo médico del Congreso científico latino-americano, celebrada ayer, se ha leído dos trabajos interesantes sobre la lepra: uno del doctor Canabal, á propósito de la lepra en la República Oriental, y el segundo del profesor Sommer, referente al desarrollo de la misma enfermedad en la República Argentina.

Las dos memorias representan una contribución formal á la teoría contagionista, y son además una nueva voz de alarma contra el desarrollo creciente del mal de San Lázaro en el Río de la Plata. Una y otra se inspiran en los debates habidos el año pasado en el Congreso de la lepra, efectuado en Berlín, y cuyas conclusiones, á indicación del Dr. Sommer, fueron adoptadas por la asamblea. Estas conclusiones, formuladas por el doctor Hansen, de Noruega, y ampliadas por el profesor Besnier, de París, son las siguientes:

En todos los países en que la lepra forma focos ó toma una gran extensión, el aislamiento es el mejor medio de impedir la propagación del mal.

La declaración obligatoria, la vigilancia y el aislamiento, tales como se practican en Noruega, deben ser recomendadas á todas las naciones cuyas municipalidades son autónomas y poseen un número suficiente de médicos.

Es preciso dejar á las autoridades administrativas el cuidado de fijar, siguiendo la opinión de los conse-

jos sanitarios, las medidas de detalle en relación con las condiciones sociales de cada país.

Tengo en mi servicio de la Casa de Aislamiento un material abundante de observación clínica de la lepra. Hay allí asilados en el día 21 leprosos, en los cuales se puede recorrer, con ejemplos á la vista, todas las fases evolutivas de este proceso, desde el primer eritema, apenas sonrosado, que ya se borra, hasta las mayores deformaciones que ocasionan la lepra tuberosa y la nerviosa.

Si se pretende hacer de ellos una clasificación sistemática, admitiendo las formas eruptivas que admiten en el día el mayor número de los leprólogos europeos, uno se encuentra llevado, por el testimonio irrecusable de los hechos, á reconocer que la lepra es una é indivisible, y que esas formas,—tegumentaria, nerviosa, y también, si se quiere, maculosa,—no son más que momentos ó estadíos del proceso, unas veces definitivos para el mismo enfermo, y con mucha frecuencia transitorios.

Cierto es que hay casos en que se puede formular el diagnóstico de lepra nerviosa pura,—como en el muchacho Carvallo, de 18 años de edad, con una lepride acrómica típica, y lesiones tróficas notables de las extremidades, ó como el llamado du Graff. Cierto es también que hay otros casos con formas puras tegumentarias ó tuberosas, de los cuales no se puede afirmar que tengan un solo síntoma de la llamada lepra nerviosa. Pero, en cambio, si se examina uno por uno los enfermos, se comprueba que la enorme mayoría tienen formas completas de la lepra, ó formas mixtas, desarrollándose en ellos casi paralelamente los fenómenos ó síntomas de uno y otro orden,—tubérculos, leprides maculosas ó eritematosas, anestesias y distrofias,—y que hay también leprosos leoninos inveterados que tienen á la larga manifestaciones de lepra nerviosa, y, viceversa, leprosos con la forma nerviosa casi pura á quienes se les encuentra uno que otro tubérculo cutáneo. Para precisar mayormente la enunciación de estos hechos, diré con cifras las formas que ofrecen al examen mis 21 enfermos: 16 tienen la forma mixta, 3 la tuberosa y 2 la nerviosa pura.

¿En qué puntos han adquirido la lepra? Hé ahí una cuestión difícil de resolver para la mayoría de los enfer-

mos, gentes movibles, cambiando de residencia al azar de sus trabajos. No obstante, de los asilados en la Casa de Aislamiento se puede afirmar que 7 han adquirido la lepra en Entre Ríos, 6 en la capital federal, 3 en la provincia de Buenos Aires, 2 en Santa Fe, siendo la lepra de los otros 3 adquirida en el exterior (1 España, 1 Venezuela, 1 Isla Reunión).

Once de estos leprosos acusan haber tenido contacto más ó menos prolongado con otros enfermos del mal de San Lázaro antes de aparecer el mal en ellos mismos. Pero llama á este respecto la atención el hecho frecuente de trascurrir á veces hasta 10 y más años entre el momento en que ha sido posible el contagio y la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad.

Diez manifiestan no haber visto siquiera enfermos semejantes en los puntos donde residían, afirmación á la que no es posible dar un valor absoluto, pues se trata en general de gentes ignorantes, y que no tenían razón para conocer y reconocer ese padecimiento entre las personas que frecuentaban.

Un hecho que resalta de ese reducido número de observaciones, es que en ningún caso ha habido lepra en los ascendientes directos de los enfermos,—lo que hace poner de lado inmediatamente para ellos la influencia de la herencia mórbida, ya negada casi en absoluto por la mayoría de los observadores, que admiten el heredo-contagio, ó la existencia de estados cacoquímicos ó distróficos en los descendientes de los leprosos, y no la herencia en substancia de la lepra,—lo propio que se admite para la tuberculosis.

Hechos bien comprobados, á pesar de su escasez numérica, ponen de manifiesto que el agente de contagio de la lepra, por lo que se refiere á nuestro país, se halla muy diseminado y como perdido al acaso en nuestro vasto territorio,—y ellos bastan, seguramente, á despertar la sospecha de que la mala simiente cunde y se propaga, al amparo de esa misma difusión con que aparece esparcida.

En verdad, no se conoce sino muy aproximadamente la morbilidad del país en materia de lepra, y se puede apenas decir que no habrá entre nosotros menos de 600

leprosos, que para una población de 5.000.000 de habitantes,—hagamos números redondos,—vendrían á representar más del 1 por 10.000.

De esos 600 leprosos, no es aventurado calcular que corresponden á la capital de la República unos 200. No hay dermatologista aquí establecido que no conozca por lo menos una docena, y no faltan nunca en los consultorios de hospital otros tantos que se presentan por vez primera en ellos todos los años. El stock permanente de la Casa de Aislamiento aumenta de año en año, y no son pocos los que salen y vuelven repetidamente, como el viejito Quinteros, de 88 años, un hermoso tipo leonino, hoy con alteraciones tróficas, que cura allí sus úlceras y vuelve á su puesto de guardavía de ferrocarril, alternativamente, á punto de tener en el año pasado seis ó siete entradas y salidas en el establecimiento.

Me parece, por otra parte, que es alarmante el desarrollo de la lepra en Entre Ríos, aunque conserve á este respecto una lamentable supremacia la de Corrientes. En las dos provincias se ha de contar por los menos 250 leprosos.

De este punto de vista, Santa Fe y la provincia de Buenos Aires se discuten entre sí el primer rango, aunque sus casos sean mucho más reducidos y diseminados. Con ellas, y en un mismo grupo, de importancia relativa casi igual, se podría colocar á la provincia de Córdoba, y tal vez al territorio nacional de Misiones.

Sumando á estos los raros casos esparcidos en las demás provincias, temo mucho que el total sobrepase la cifra de 600, que he fijado como número probable de la existencia de leprosos en el país.

Seiscientos leprosos son una suma ya respetable, y mucho más si se considera que el crecimiento se está haciendo con cierta rapidez, no sólo en los pequeños focos antiguos de Corrientes, y en los más recientes de Entre Ríos, sino también en todos los grandes centros de nuestra población, y aún en las campañas. Ellos bastan para determinar en el país una reacción saludable,—es decir, una defensa sanitaria bien organizada y eficiente contra la lepra.

Hoy día, el consenso casi unánime de las opiniones simplifica grandemente esa defensa. La lepra viene de la lepra y nada más que de la lepra. Hay que considerar al enfermo, al leproso, como la fuente ó el foco inicial y único de la propagación, sea ésta directa ó indirectamente producida por las secreciones mórbidas que contienen el bacilo de Hansen.

En verdad, parecen necesarias condiciones de receptividad muy particulares—y totalmente obscuras en su esencia,—para contraer la lepra. O el agente de contagio tiene una virulencia muy poco acentuada, ó el organismo humano se defiende de él vigorosamente con todas sus actividades bioquímicas, y triunfa en el mayor número de los casos. Lo prueba así el hecho vulgar de prolongadas relaciones de leprosos con sanos,—en el medio familiar, por ejemplo,—sin que se produzca la inoculación positiva. Y lo prueba también esta circunstancia, de todos conocida, y tan comúnmente repetida: la contaminación se produce del enfermo al sano, y sin embargo la semilla puede permanecer estéril largos años en el nuevo terreno, hasta que modificaciones no explicadas todavía debilitan el poder defensivo de los tejidos, y esa semilla empieza á germinar. El microbismo latente existiría así para la lepra de una manera evidentísima.

Comprobaciones recientes, —y digo comprobaciones porque el hecho era ya conocido,—han venido á poner en guardia sobre todo contra las secreciones nasales, bucofaríngeas y laríngeas de los leprosos, en las cuales se ha encontrado con abundancia el bacilo patógeno. A este propósito, puedo agregar aquí que de los 21 leprosos actuales de la Casa de Aislamiento, 19 tienen localizaciones acentuadas de lepra en aptitud de dar esas secreciones contaminantes, sin contar con sus úlceras cutáneas.

La etiología y la profilaxia de la lepra están, pues, encerradas en estos términos precisos: la fuente del contagio única es el leproso, y hay que evitar de todos modos que sus secreciones directa ó indirectamente vayan á tener contacto con los organismos sanos.

En la actualidad,—y quién sabe por cuánto tiempo,—la profilaxia es el único y exclusivo tratamiento eficaz de

la lepra. Hecha la inclusión del bacilo específico en el tejido destinado á servirle de medio de cultura,—el porvenir del organismo así asaltado no es protegido por ninguno de los recursos terapéuticos hoy día conocidos. Si algún proceso intercurrente no lo precipita, el desenlace se produce á la larga bajo la sola influencia de la lepra.

A este respecto, agregaré que en el último año he visto morir seis leprosos en la Casa de Aislamiento. Uno fué llevado allí con una gangrena séptica, originada en una úlcera mal resguardada. A una vieja paraguaya, que tenía poussées febriles de lepra cada dos ó tres meses, y aún con mayor frecuencia, se le había producido tuberculosis intestinal, y fué arrebatada por un primer ataque de uremia: la autopsia descubrió una nefritis esclerosa, que había pasado inapercibida al examen clínico. Silvestre Rubí, el decano de los leprosos de la Casa de Aislamiento, el más hermoso tipo leonino imaginable, y ya con alteraciones tróficas de lepra nerviosa,—después de sobrellevar largo tiempo una estenosis considerable de la glotis, fué víctima de un abceso endolaríngeo. Un vigilante, que era al propio tiempo sifilítico y leproso, sucumbió de una meningo-encefalitis, consecutiva á una hemorragia cerebral, dependiente de la sífilis. Un pobre negro oriental,—con familia numerosa y del todo indemne de lepra,—tenía dilatación de la aorta y ataques de angina de pecho: además del riñón escleroso, que no se ha dejado de encontrar en ninguna de las autopsias, y de una trombosis de la vena pulmonar derecha, el examen anatómico comprobó la dilatación de la aorta con infiltración calcárea, la insuficiencia de las válvulas sigmoideas correspondientes, y placas ateromatosas en las arterias coronarias: el corazón de este enfermo, enormemente dilatado, es una pieza notable de museo. El último de los leprosos muertos, después de una caquexia prolongada más de un año, y también con nefritis esclerosa, es el único cuya autopsia haya permitido reconocer lepromas viscerales: los nódulos fueron encontrados exclusivamente en el tejido pulmonar. De modo, pues, que en estos seis casos, la muerte ha sido provocada directamente sólo en dos por la lepra: en Silvestre Rubí y en el último á que me he referido, y cuya caquexia era seguramente de origen leproso.

Mis experiencias, con relación al tratamiento de la lepra, son muy limitadas, no obstante contar con un buen campo de ensayos.

No creo que haya habido ni haya un leprologista más paciente, más observador, ni más enamorado de su empeño que Danielssen, cuyas tentativas terapéuticas son un modelo digno de imitarse. Y Danielssen, después de haber usado todos los recursos terapéuticos antiguos y contemporáneos contra la lepra, llegó á esta conclusión desconsoladora: no he encontrado ningún medicamento que influencie favorablemente la lepra. Entre los métodos ensayados, figuraba la cura por el aceite de Chaulmoogra, que aún resiste á la prueba de fracasos innumerables.

Me atrevo á pensar que las curaciones obtenidas hasta la fecha son obra de la defensa espontánea del organismo, favorecida por una inmunidad relativa y un régimen higiénico bien sostenido,—como sucede con la misma tuberculosis. Cuando me he encontrado en presencia de casos que se decía curados, he vacilado entre esa idea y la de una remisión prolongada del proceso, que á veces se esfuma, se pierde sintomáticamente hasta por años, sin perjuicio de resurgir más tarde y tomar una marcha imposible de prever.

En mis enfermos he usado y continúo usando generosamente el aceite de Chaulmoogra, no porque tenga fe en su acción terapéutica, sino por esa especie de obligación moral que en estas circunstancias nos hace seguir la práctica corriente, á falta de un recurso reconocidamente eficaz.

Gran número de leprosos creen haber mejorado bajo la influencia de ese medicamento, y yo mismo he atribuído mejorías sensibles á su acción. Pero, actualmente, una observación más prolongada me lleva cada día á dudar más de su efecto, sobre todo después de observar lo siguiente: El llamado Baldi, que ocupa una cama de la sala Doncel de la Casa de Aislamiento, es leproso desde hace 10 años, contagiado probablemente por un músico de la banda que él había dirigido en Concordia (E. R.). Ingresó en nuestro servicio á mediados del año 95, con una lepra discreta, inicialmente mixta. Pasó varios meses sin que se le hiciera un tratamiento activo, hasta que

en el año 96, y en vista de ser su lepra tan poco virulenta, resolvimos *curarlo* con el aceite de Chaulmoogra, empleándolo en inyecciones hipodérmicas y por la vía gástrica. Más de 150 inyecciones, perfectamente toleradas, parecieron más bien favorecer que impedir la aparición de brotes nuevos de lepromas, que antes no había tenido en el hospital,—y no siendo esta la excepción, puesto que en realidad de verdad ninguno de los otros enfermos ha sacado beneficios permanentes de un tratamiento igual, se inducirá que me asiste un poco de razón para no creer grandemente en la eficacia del Chaulmoogra.

Todos los tratamientos empleados han tenido para su fama un adyuvante poderoso: las remisiones espontáneas, y á veces prolongadísimas de la lepra. En este punto juzgo oportuno recordar un esfuerzo inteligente y humanitario de un médico argentino, de la edad primera de nuestra escuela: el Sr. Dr. Juan José Montes de Oca.

Se hallaba el Dr. Montes de Oca desterrado en Santa Catalina del Brasil (1846), cuando llegó á sus manos una noticia de un periódico del Havre, en la cual se preconizaba la acción del *guano* en la cura de la lepra. Nuestro compatriota contaba en su clientela varios leprosos, y no vaciló en aplicarles el método. Con una abnegación ejemplar, arreglóles la vivienda de modo á que viviesen en una atmósfera de guano, durmiendo en cajones de guano, y aún les hizo ingerir hasta dos onzas por día de esa substancia. En las tres observaciones que se conservan, el resultado fué el siguiente: á los nueve meses de iniciado el tratamiento, «esos infelices que proscriptos de la sociedad arrastraban una vida de aislamiento y de miseria, —son palabras de una carta del lamentado M. A. Montes de Oca, hijo de D. Juan José,—se hallaban mejor, sentían alivio que jamás habían experimentado y podían volver al goce del trato social». Pero, para la mejor interpretación de estos hechos, hay que agregar que los enfermos habían sido sometidos además á un régimen alimenticio y á cuidados de higiene escrupulosos.

En uno de los enfermos leontiásicos que presenté el año pasado al Círculo Médico Argentino, se había hecho una sangría de 500 cm. cúb , con el objeto de preparar el suero del Dr. Carrasquilla, y en él se observó una

mejoría extraordinaria de los síntomas cutáneos, consecutivamente á esa intervención. La piel de la cara estaba lívida, con infiltrados leprosos en forma de careta que tenían hasta un centímetro de elevación, y casi lo mismo sucedía con los nódulos de todo el cuerpo. Tres ó cuatro días después de la expoliación sanguínea, las infiltraciones se habían aplanado de una manera sorprendente, y siguieron después reabsorbiéndose hasta el punto de desaparecer en su mayor parte al cabo de dos meses. El enfermo pedía por esto y siguió pidiendo que se le sangrara nuevamente.

Ese hecho me llevaba á pensar entonces, que muy probablemente tenía cierta razón el médico francés que acababa de aconsejar las pequeñas sangrías repetidas, como método de tratamiento de las dermatosis inveteradas,—y me hace recordar ahora un hecho aún más original, cuyo conocimiento debo al Dr. Pedro Mallo, vicedecano de nuestra Facultad de Ciencias Médicas.

En sus investigaciones históricas sobre la medicina nacional, al través de los documentos oficiales conservados, el Dr. Mallo ha podido saber que á principios del siglo andaban vagabundos por los campos de Santiago del Estero, y otras provincias, no pocos leprosos, proscriptos de los centros habitados, y se alojaban á menudo en chozas ó taperas abandonadas. Hubo uno de ellos, que al cabo de una noche de reposo en esas condiciones, se despertó extraordinariamente debilitado, y comprobó con sorpresa que innumerables vinchucas é insectos de otra clase le habían hecho una verdadera sangría. Pero en breve notó además que sus tubérculos se habían aplanado considerablemente, y atribuyendo la mejoría á la sangre que le extrajeran los insectos, se entregaba después confiadamente á ellos. Este caso habría sido repetidamente observado entre los leprosos de aquella época, hasta el punto de llegar á ser un verdadero tratamiento el abandonarse á la voracidad de las vinchucas, tábanos y mosquitos. Ese hecho, por otra parte, muestra que alguna razón tienen los que piensan que los insectos pueden ser un vehículo del contagio.

En cuanto al suero Carrasquilla, se le había comenzado á preparar en el Departamento Nacional de Higiene, á

pesar de que las comunicaciones dirigidas á la Academia de Medicina de Bogotá despertaban cierta desconfianza sobre el valor real de dicho suero. Y como este hecho coincidiera con la desautorización que publicó la Facultad de Bogotá á ese respecto, en respuesta oficial á una consulta del gobierno de Colombia, las experiencias seroterápicas fueron abandonadas, y no hemos vuelto á ocuparnos de ellas. La opinión del Congreso de la lepra ha venido á legitimar ese abandono.

Pero la vía está abierta para iniciativas más científicas, y una vez cultivado el bacilo de Hansen, y obtenidas inoculaciones positivas en los animales,—dos fines primordiales de los nuevos ensayos de seroterapia,—quién sabe si habrá que esperar por mucho tiempo la curación racional de la lepra.

Por ahora, pienso que todos los gobiernos deberían hacer suyas y aplicar las conclusiones del Congreso de Berlín, y en la asamblea médica reunida ayer en el anfiteatro de nuestra Facultad, me he permitido proponer el voto de que figure en el próximo Congreso científico latino-americano una sección destinada exclusivamente al estudio de la lepra y de su profilaxia en toda la América.

Abril 13.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Mayo 15 de 1898 Nº. 9

SARCOMATOSIS CUTÁNEA MELÁNICA
CON GENERALIZACIÓN VISCERAL

Presentación hecha á la asamblea del Círculo Médico Argentino, en la sesión del 30 de abril, por el Dr. M. Aberastury

Señores:

Voy á presentar á ustedes las piezas anatómicas de un caso que juzgo de bastante interés, y cuya observación ha sido hecha en mi servicio de la Casa de Aislamiento.

El 18 de diciembre del año pasado recibimos en la sala Doncel al enfermo R. C., de 58 años de edad, nacido en la provincia de Buenos Aires. Nos era remitido de otro hospital con el diagnóstico de erisipela de la pierna.

Se trataba de un hombre fuerte todavía, de color trigueño, entregado hasta hacía pocos meses á los trabajos del campo, sin antecedentes mórbidos de importancia. El termómetro, aplicado en el momento del ingreso, no acusaba elevación térmica, y los datos suministrados por el enfermo no hacían presumir que la hubiese habido en los días anteriores. No recordaba tampoco haber tenido fuertes escalofríos.

Sin embargo, todo el miembro inferior derecho aparecía tumefacto, con la piel roja y más caliente que la del miembro izquierdo, acusándose mayormente esto en la parte ántero-interna de la pierna, donde se veía algunas *trainées* linfangíticas. El pie, aumentado también considerablemente de volumen, parecía paquidermizado, pues el edema era duro, y apenas quedaba en la piel la impresión del dedo. Por otra parte, los ganglios superficiales del triángulo de Scarpa se hallaban agrandados, formando un paquete grueso como el puño, casi del todo indolentes á la presión, viniendo á ser así como un corolario de las linfangitis tronculares y reticulares que daban el edema del miembro. Esto parecía ratificar á primera vista el diagnóstico de erisipela, aunque faltasen los síntomas generales de la infección, que deberían haber sido muy marcados, en razón de la gran superficie invadida por el proceso local.

Pero lo más interesante era el punto de partida probable de ese proceso. Se encontraba en el medio de la planta del pie, y tenía todo el aspecto de una placa de gangrena, limitada, de color obscuro, oval, con un diámetro mayor de cuatro centímetros, y con los bordes netamente terminados y separados del tejido sano ambiente.

A todos los que vimos al enfermo en ese momento, la primera impresión que nos produjo fué franca y decidida: una placa de gangrena nerviosa de la planta del pie, á cuyo nivel se había hecho la infección erisipelatosa. Por esta acuarela que les presento, y que traduce con cierta fidelidad el aspecto de la lesión, ustedes podrán inducir si era justificado dicho juicio.

Examinando en seguida con mayor detenimiento al enfermo, nuestra opinión cambió radicalmente. Aquella

placa obscura, como engarzada en el dermis de la planta del pie, sin hacer saliencia en la superficie de ésta, era casi hiperestésica, y, aun más, sumamente vascular. El pinchazo con un alfiler despertaba un dolor vivo, ocasionando una pequeña hemorragia,—hechos en contraposición absoluta con la idea de la gangrena.

Interrogado el paciente, supimos que hacía siete meses le había salido algo como una vejiguita en la planta del pie, que él atribuía á la pinchadura de una espina. Poco á poco la escoriación que se le formó siguió creciendo, sin que ello le obligase á abandonar sus ocupaciones, hasta que se le empezó á hinchar primero el pie y después la pierna y el muslo, en medida tal que en ese momento el miembro enfermo tenía un volumen doble del sano. Esta evolución nos llevó á pensar que el edema atribuído á la erisipela, era más bien debido á una obstrucción de la circulación linfática por degeneración de los ganglios de la raíz del miembro, degeneración causada por reproducción ganglionar del proceso que evolucionaba en la planta del pie, y que parecía un melano-sarcoma.

Pocos días después vimos aparecer alrededor de la placa y en toda la extensión de la cara ántero-interna del miembro una serie de puntitos negros, perfectamente redondeados, que hacían un ligero relieve, y de tamaño variable entre el de una cabeza de alfiler y una lenteja. Estos tuberculitos, rota la epidermis por una aguja, dejaban correr una secreción parduzca, como tinta no muy negra, y sangraban con relativa facilidad: en la planta del pie, perdían su cubierta epidérmica, y quedaban como pequeños nidos excavados, con rebordes córneos, y poco á poco se unían á la placa inicial, agrandándola así. En ese instante se hizo por disociación celular un preparado con producto del raclaje de uno de los núcleos, y se vió que aparecían en el campo del microscopio numerosas células fusiformes y globulares, con núcleos coloreados, cargados de pigmento, el cual se mostraba también aisladamente en masas más ó menos grandes. En cortes histológicos de un pedacito del neoplasma plantar se comprobó en

breve que se trataba realmente de un sarcoma fuso-celular, estando cargadas de pigmento negro ó pardo muchas de las largas células fusiformes, pigmento que además existía en pequeñas masas entre los elementos figurados del tejido neoplásico.

Los pequeños núcleos pigmentados fueron produciéndose cada día con mayor abundancia. La placa del centro del pie se agrandó hasta llegar al borde interno, en tanto que en el dorso del pie y en la parte ántero-interna

de la pierna confluían hasta el grado de constituir casi una napa uniforme de pequeños sarcomas. Los nódulos eran menos numerosos á medida que se aproximaban al pliegue inguino-abdominal, y no existían sino en escasísima cantidad en la cara externa del miembro.

Á este respecto, ustedes pueden ver las fotografías tomadas en el día anterior al de la muerte. Representan el miembro en dos posturas distintas, una que hace ver la porción anterior, y otra en que se distingue las lesiones de la planta del pie y la porción más interna del miembro. Los pequeños núcleos sarcomatosos aparecen de relieve, y no exageramos seguramente al afirmar que se cuentan por millares. Aquí está el pie conservado en alcohol, con una parte de la pierna. En esta pieza pueden ver mejor la forma, el color y la abundancia extrema de los núcleos, así como el modo de extensión del tumor plantar, por confluencia de los nódulos periféricos exulcerados.

Desde el 18 de diciembre del año pasado, fecha de la entrada del enfermo á la Casa de Aislamiento, hasta fines del mes de febrero de este año, no habíamos visto en el paciente otros fenómenos que la invasión incesante de la piel del miembro inferior derecho por nuevos nódulos neoplásicos,—que no aparecían en ningún punto del resto de la piel,—y la persistencia del color pardo-sepia de la orina, que al principio atribuímos á aplicaciones locales de compresas empapadas en ácido fénico, y que luego comprendimos que no podía ser sino un síntoma del proceso que se generalizaba. Además, había un ligero dolor casi exclusivamente en la planta del pie, y mayor temperatura local en el miembro enfermo.

Pero en los últimos días de febrero se inició una súbite disminución de las fuerzas del enfermo, y un enflaquecimiento sensible. El pulso empezó á hacerse rápido, y al lado de una vieja insuficiencia aórtica se declaró pronto una miocarditis de evolución agudísima, tanto que entre los primeros fenómenos de miocarditis y la muerte, que se produjo aparentemente por esta determinación orgánica, apenas transcurrieron quince días,

pues el fallecimiento ocurrió el 12 de marzo, con síntomas que mostraban interesados todos los órganos viscerales. Esta complicación general parecía dependiente de la miocarditis; pero la autopsia iba á evidenciar en seguida que en realidad se trataba de una generalización visceral del proceso sarcomatoso.

Si ustedes hubiesen visto al enfermo una semana antes de la muerte, no se explicarían ahora cómo podía soportar, con tan admirable tolerancia, la inundación neoplásica que voy á mostrarles. Porque, en efecto, el enfermo parecía relativamente bien, á pesar de tener todos sus órganos invadidos por núcleos innumerables de sarcomatosis melánica.

La autopsia se hizo á las diez horas de producida la defunción, y de sus comprobaciones voy á informarles ahora, antes de mostrarles las piezas anatómicas.

En toda la región cutánea afectada por el proceso, la piel tenía un espesor considerable, debido sobre todo á un grueso panículo adiposo. Al corte, la superficie de sección mostraba un número extraordinario de núcleos redondeados, de color negro mate, infiltrados entre el tejido adiposo hipodérmico, é invadiendo el dermis, en el cual formaban relieves hemiesféricos del mismo color. La epidermis, como se puede ver en una de las piezas anatómicas, aparece independiente del proceso, pues se conserva indemne en los grandes colgajos desprendidos del corión por la maceración, en las partes mismas donde confluyen más los núcleos sarcomatosos del dermis: está comprometida únicamente allí donde el proceso ha llegado á la ulceración, como en la planta del pie, y en algunos puntos de la pierna. Esos núcleos formaban como infiltraciones en masa de la piel y tejido celular del centro de la planta, borde interno y dorso del pie derecho, y en la porción ántero-interna de la pierna correspondiente. Disminuían á medida que se acercaban á la raíz del miembro, y ya no se encontraban en la piel más allá del pliegue inguinal derecho. En todas partes conservaban el mismo color negruzco y la forma regularmente rodondeada ú oval, variando su volumen desde el tamaño de una lenteja hasta el de un poroto grande.

Es imposible decir con exactitud cuántos núcleos existían en la porción de piel afectada; pero indudablemente había varios millares de pequeños sarcomas pigmentados, como se puede deducir de este pedazo de piel que les presento. Observando este gran trozo de piel sacada de la pierna, verán que en las superficies de corte hay una verdadera impregnación de neoplasmas, de color negro mate, redondeados, á punto de que casi no se puede encontrar un centímetro cuadrado libre, y verán además que la epidermis desprendida, que cubre la superficie dérmica llena de brotes, está completamente intacta, lo que pone en evidencia que el proceso no ha comenzado por ella.

Los ganglios inguinales, cuya tumefacción había sido desde el principio un signo diagnóstico importante, estaban convertidos en una masa negra, friable, dando al raclaje un líquido de color de sepia obscura.

En todo el trayecto del paquete vásculo-nervioso del miembro enfermo, se observaba que el tejido conjuntivo que lo rodea estaba lleno de nódulos negros, del todo semejantes á los de la piel. Los nervios no ofrecían en su aspecto nada de anormal, lo mismo que las arterias. En cambio, en la pared de las venas, miradas por su cara interna, descubríanse algunos núcleos obscuros, sin que en ninguna parte se encontrase obstruída la luz de los vasos por la neoformación. Ustedes pueden ver los hechos que dejo consignados en este pedazo del paquete vascular tomado en el pliegue de la rodilla: el tejido celular que lo rodea está lleno de núcleos negros, la arteria poplítea aparece indemne, y en la vena, más gruesa que de ordinario, se ve al través del endotelio varios pequeños nódulos también negros.

La piel de las regiones atacadas se desprendía con cierta facilidad de la aponeurosis subyacente, y se podía comprobar en la capa más profunda, donde la impregnación pigmentaria disminuía, que los pequeños vasos tenían con frecuencia nodulitos negruzcos. Los músculos subyacentes no presentaban lesiones visibles. El periostio estaba atacado en varias partes por el proceso, y, levantándolo, se encontraba que el hueso mismo se halla-

ba comprometido. En éste la alteración parecía iniciarse en el punto de entrada de los pequeños vasos nutricios, pues á su alrededor era que comenzaba á iniciarse la coloración negruzca. Eu otras partes, el proceso era más avanzado: el hueso estaba como roído y ablandado por la neoformación pigmentada. Como se puede ver en este corte al nivel del tercio medio de la pierna enferma, la infiltración negra va de la superficie de la tibia, que aparece como carcomida, hacia la médula, dando á la parte compacta del hueso el color de tinta china, y sembrando de nódulos negruzcos la substancia medular. La primera costilla derecha y algunas del lado izquierdo habían sido atacadas por este mismo proceso, cosa que recién se comprobó en el momento de la autopsia.

Abierta la cavidad abdominal, se encontró la vejiga distendida por unos doscientos gramos de orina, del mismo color pardo que habíamos observado en vida.

Los ganglios mesentéricos no ofrecían nada de anormal; pero los pelvianos del lado correspondiente al miembro enfermo, es decir, del derecho, estaban aumentados de volumen y al corte presentaban el color de tinta, se disgregaban con facilidad, dando una secreción negruzca.

En toda la extensión de los intestinos se veía, aunque en número escaso, pequeños núcleos negros intra-mucosos, del tamaño de una cabeza de alfiler, no salientes, como los núcleos menores de la piel, y además un puntillado fino y abundante también de color negro.

El *estómago* contenía un líquido turbio amarillento. La mucosa, algo gruesa, presentaba hemorragias puntiformes, y en su espesor había por lo menos un centenar de núcleos de color de tinta china, circulares, salientes, de un diámetro variable entre uno y diez milímetros. Ustedes pueden verlos, como si fueran pintados sobre el fondo pálido de la mucosa. Este estómago es indudablemente una hermosa pieza de museo.

La cápsula de los *riñones* se desprendía con facilidad, dejando en descubierto una superficie rugosa. Las lesiones notables que tenían pueden ser comprobadas por ustedes en el riñón izquierdo que les presento. Casi en

toda su superficie había eminencias hemi-esféricas, separadas por tabiques resistentes. y que al corte dejaban ver cavidades quísticas, del tamaño de una nuez, con un contenido hemorrágico evidente unas, y otras con una substancia de aspecto fibrinoso, como residuo de viejos coágulos, descubriéndose además en ellas núcleos pigmentados, iguales á los de la piel. Estas cavidades quísticas han debido formarse seguramente como consecuencia de una extravasación sanguínea por ruptura de pequeños vasos, degenerados por efecto del proceso sarcomatoso que se descubre en el seno de las mismas cavidades.

El *bazo*, de volumen normal, con la cápsula rugosa y llena de bridas blancas cicatriciales, tenía sembrada su superficie de tuberosidades redondeadas Al corte,—como lo pueden ver ustedes en la pieza conservada,—se descubre numerosos núcleos negros, algunos más grandes que una avellana.

El *hígado,* de conformación normal, estaba aumentado de volumen, y de color obscuro. En la superficie se veía numerosas saliencias, grandes como una nuez algunas, y otras más pequeñas, de color de tinta china, friables. El corte permitía ver que esos núcleos se encontraban diseminados tanto en la superficie como en el espesor del parénquima, en número considerable, siendo algunos más grandes que una ciruela. Al través de la cara interna de las venas más gruesas, se podía notar pequeños nódulos infiltrados en la pared de esos vasos. En la porción supra-hepática del diafragma había también núcleos negros. La vesícula biliar estaba distendida por bastante cantidad de una bilis amarillenta, y en su cara interna aparecían muchos nódulos negros, del tamaño de una lenteja, incluídos en el espesor de la mucosa. Aquí tienen ustedes el hígado, y pueden comprobar que cualquier corte que se haga descubre nuevos tumores pigmentados.

En el tórax, la autopsia reveló lo siguiente: La cavidad pleural derecha tenía un litro de líquido de color ambarino transparente, con un reflejo parduzco. En la pleura izquierda no había líquido, pero presentaba, como la

derecha, algunas adherencias. En los dos pulmones, tanto en la superficie como en la profundidad, se encontró nódulos numerosos, de aspecto, de forma y de tamaño semejantes á los de la piel, como lo comprobarán ustedes examinando las piezas anatómicas. Dejo de lado las otras lesiones concomitantes (focos de congestión, de atelectasia, enfisema, etc.)

Los ganglios del mediastino estaban agrandados, friables, negruzcos. En el tejido celular había núcleos negros pequeños.

En el pericardio se encontró 80 gramos de líquido color sepia. y una placa esclerosa en la hoja visceral, cerca de la punta y en la cara anterior. A lo largo del tabique ventricular había varios pequeños núcleos negros; en la parte media una placa del mismo color, de bordes irregulares, de unos 15 mm. de lado,—y otros pequeños núcleos más en el resto del pericardio. El miocardio estaba pálido, amarillento y friable. En su espesor se encontraron también pequeños núcleos negros, ocupando los intersticios vásculo-conjuntivos, más abundantes hacia la punta del órgano. En la cavidad del ventrículo izquierdo, ningún núcleo pigmentario. En la cavidad del ventrículo derecho,—cosa que parece demostrar aún más el trasporte inicial del injerto sarcomatoso por la sangre venosa,—se veía nódulos negros aislados, y el músculo papilar posterior de la tricúspide estaba invadido totalmente por el proceso y convertido en una placa saliente de color de tinta china. Aquí se podia ver un detalle curioso: entre los más finos ramos terminales de un tendoncito de la válvula, se hallaba como engarzado al aire un nodulito negro. En el espesor de la pared de las aurículas se palpaba y se veía por transparencia núcleos semejantes, mucho más abundantes en la aurícula derecha. Las válvulas aórticas tenían la base calcificada y su lámina rígida, siendo insuficientes. La aorta ascendente dilatada, con la pared rugosa, la superficie despulida, y también con placas calcáreas. En las coronarias, placas de arterio-esclerosis. Examinen este corazon, porque es verdaderamente muy notable.

Por fin, para completar esta rápida enumeración de las metástasis encontradas en la autopsia, agregaré que en

la cara interna de la dura-madre existía un nódulo sarcomatoso cerca de la línea media y del lado derecho, del tamaño de una avellana. Otros núcleos pequeños existían diseminados en la cara externa, tomando nacimiento aparentemente en los vasos: el más voluminoso de ellos estaba al nivel de las circunvoluciones de la cara inferior del cerebro.

He ahí el caso y las piezas anatómicas que deseaba mostrarles.

No quiero insistir en la interpretación de los hechos que acabo de exponer, pero quizá no esté de más señalar algunas circunstancias especiales.

Es evidente que ha habido una invasión del sistema linfático relacionado con el punto primitivamente afectado, es decir, la planta del pié derecho y su borde interno. Las linfangitis que daban al miembro su aspecto erisipelatoso estaban bajo la dependencia del proceso neoplásico, como lo comprueban la degeneración sarcomatosa de los ganglios inguinales, y la aparición de innumerables nódulos cutáneos á lo largo de la cara ántero-interna del muslo, en todo el territorio ocupado por los linfáticos superficiales que acompañan á la safena interna. Por esta vía, se habría producido como una verdadera linfangitis infecciosa, limitándose la invasión al lado derecho únicamente, y no pasando de los ganglios pelvianos de ese lado. Si los ganglios del mediastino estaban igualmente comprometidos, ello se debía tal vez á una propagación secundaria, originada en la sarcomatosis pulmonar.

Pero la generalización se ha verificado muy probablemente por la vía venosa, como es de regla en los sarcomas, y como invita á pensarlo la rapidez extraordinaria de la invasión visceral, pues la evolución total del proceso se ha hecho en menos de diez meses. Un argumento más positivo en favor de esta manera de ver, lo suministra la comprobación de nódulos pigmentados en las paredes de las venas, y podría ser también un testimonio eficaz en apoyo del transporte venoso lo que se observa en el corazón: el ventrículo izquierdo está libre de núcleos sarcomatosos; en cambio, ustedes han visto la

hermosa infiltración neoplásica del ventrículo derecho. Así, pues, el principio activo de las metástasis ha debido llegar desde la periferia al corazón derecho, y después de pasar por los pulmones, donde ha germinado con abundancia, ha sido llevado á todas partes en la corriente arterial.

Además, en todas partes el pigmento melánico denuncia un núcleo sarcomatoso, y en todas partes también los núcleos sarcomatosos son pigmentados, como si la embolia metastática, ó el injerto neoplásico, tuviese por agente indispensable é ineludible á ese pigmento. ¿Cuál es el agente específico de esta generalización, de esta infección del organismo?

El problema no está resuelto todavía para los casos semejantes, y sólo recordaré, para terminar, que Virchow admite desde hace largo tiempo que el tumor melánico primitivo encierra un principio infeccioso capaz de producir tumores secundarios. Bard, invocando la presencia de granulaciones pigmentarias alrededor de los focos de propagación, piensa que las granulaciones son verdaderamente el organismo parasitario del mal, y que se trata tal vez de esporos análogos á los que produce la actinomicosis Otra prueba del papel importante desempeñado por esas granulaciones reside, dice Quénu, (1) en el hecho de que las granulaciones melánicas pueden acumularse, no ya en elementos de nueva formación, sino en los elementos normales preexistentes que concluyen por destruirse. Masas melánicas se forman así, infiltran el tejido celular subcutáneo, se extienden y se generalizan á las serosas, á las vísceras, etc. Parece tratarse, agrega el mismo autor, de infección sin tumor, es decir, sin reacción proliferante de los elementos atacados.

Señores, he terminado mi exposición, y los invito á examinar de cerca las piezas anatómicas.

---

(1) *Traité de Chirurgie, de Duplay y Réclus.*

CIRUGÍA DEL ROSARIO

Por **B. Vasallo**
Cirujano de los hospitales del Rosario

I

Histerectomia por fibroma del cuerpo, con embarazo. Error de diagnóstico

Eloísa L. de S., 34 años y 1/2, natural de Palma, Gran Canaria; casada, costurera.

Antecedentes hereditarios: el padre vive y es sano, la madre murió en el Brasil de fiebre amarilla; tiene hermanos sanos; en su familia ella cuenta que no hubo sifilíticos ni alcohólicos.

Antecedentes individuales: regló á los 14 años, se casó á los 17; ha tenido 15 partos á término y 2 abortos.

En su séptimo hijo ha tenido un ataque de fiebre post-partum; de estos hijos viven 7, que son sanos, y los restantes han muerto pequeños, de gastro-enteritis, tétano infantil y sarampión. El último que tuvo, hace 8 meses, murió de tétano infantil.

En su último parto sufrió mucho, y, además, le vino después del parto una profusa hemorragia, que fué cohibida con taponamiento.

El médico que entonces la asistió le dijo que tenía un tumor del fondo de la matriz y le aconsejó se hiciera operar.

Me fué enviada por un distinguido colega, el doctor

Andreuzi, con diagnóstico de: quiste del ovario, lado derecho.

Examinada por palpación se nota un tumor duro del fondo uterino (tamaño de una cabeza de niño de un año), un poco inclinado á su derecha; por este mismo lado y un poco más abajo, pero continuo con el primer tumor, se nota otro tumor, pero como prolongación del primero y además es bastante blando, no muy tenso y casi fluctuante; ambos se mueven en conjunto bastante bien.

Examinada por la vagina se nota el cuello algo grande y desviado hacia la izquierda, lo que me hace pensar en una retro-desviación del útero á la derecha; tocando y palpando el fondo de saco lateral derecho se siente un tumor bastante blando, que ocupa toda esa parte.

Hago el sondaje uterino con el histerómetro y después de algunas dificultades éste entra con muy poco desvío y me da *14 centímetros* (quince días antes el doctor Andreuzi también sondó el útero y obtuvo *12 centímetros*).

La paciente dice tener sus reglas cada mes y que éstas son más prolongadas que antes (duran ocho días); las ha tenido *todos los meses* y algunas veces más acercadas de ocho á diez días. La menstruación dice que estos últimos cuatro meses aparece; dura por dos á tres días, se para un día y vuelve á continuar por tres ó cuatro días más.

El tumor cuenta que lo tiene desde su último parto (8 meses) y que le causa sensación de peso y dolor en el bajovientre. Además, hay fenómenos de cistitis.

El cuello uterino está grande y con dos desgarros y una pequeña ulceración.

Diagnóstico: Fibroma del cuerpo del útero y quiste del ovario en el lado derecho. El tumor sobrepasa el ombligo y está más fijo en su lado derecho que en el opuesto.

Este examen lo hicimos con el doctor Annés, médico del servicio, y determinamos una histerectomia abdominal total, junto también el quiste por el procedimiento de Tomás Jonesco.

Se prepara la enferma con lavajes vaginales de bicianuro de mercurio y taponamientos con gaza esteri-

lizada en la estufa y espolvoreada con yodoformo también esterilizado (no uso la gaza al yodoformo del comercio por creerla insegura). Se da salol y agua de Vichy para la cistitis.

El segundo día de los lavajes, dice la paciente que le ha venido la menstruación (que ella no esperaba); yo atribuyo esa sangre á una hemorragia y sigo los lavajes; el quinto día, la sangre se para; al octavo día de lavarla y jabonarla se le da á la tarde un purgante salino y la mañana del siguiente dos enemas con ácido bórico y un baño caliente, general.

Operación, abril 15 de 1898

Me ayudan el doctor Annés, Capdevila y Tompson, presente el doctor Andreuzi. Se hace un lavaje vaginal profuso y se tapona la vagina, se sonda la vejiga.

Laparotomía media supra pubiana hasta un poco por encima del ombligo, porque el tumor no sale.

El útero fuera del vientre, es colocado en posición simétrica con sus trompas y ovarios á los lados. El fondo está ocupado por un tumor duro, resistente, blanquizco, que hace cuerpo con él y va hasta la mitad del órgano. *El quiste ovárico brillaba por su ausencia.*

Quisiera en este caso, como en todos los que he hecho hasta ahora, seguir el procedimiento americano descrito por Howar Kelli, de Baltimore, que en todas mis histerectomias totales por laparotomía (15 casos) no he tenido que lamentar ningún fracaso.

Pero en el caso presente tengo mis dudas, pues el útero, desde el fibroma para abajo, está grande, laxo, fluctuante y en la parte del cuello, en todos los casos, donde no hay fibromas en él, se encuentra fina, redondeada y estrecha; en el caso presente está grande, laxo dilatado y blando Pregunto á mis colegas asistentes, si no será un útero cuyo segmento inferior estará lleno por un feto (muerto, es lo más probable), pero todos están de acuerdo en que no es posible, dados los antecedentes de menstruación, sondajes uterinos dos veces é intervalos largos, etc., que alejan esta hipótesis. Por las dudas, punzo con el trócar que tenía preparado para

el *quiste ovárico*, y la punción no me da nada. Me digo que serán coágulos de su última hemorragia lo que hay dentro, y me decido á dejar un muñón de cuello por si resultare un embarazo, hacer un pedículo extra-peritoneal, que es lo que hoy se hace, ó por lo menos está muy indicado.

Empezando por el lado izquierdo, corto los ligamentos anchos por debajo de los anexos entre dos pinzas clamp, ligo por separado la arteria útero-ovárica y la del ligamento redondo con seda fina, continuando este corte hago un colgajo peritoneal anterior en que va comprendida la vejiga que separo: en el tejido paramétrico veo la uterina que divido y corto entre dos ligaduras.

Procedimiento idéntico en el lado opuesto. Hago un colgajo peritoneal posterior que se continúa con la sección de los ligamentos anchos y procedo á la sección conoide del cuello uterino. Cuando mi bisturí entró en la cavidad uterina salieron algunos coágulos sanguíneos negruzcos, y cuando la sección fué más completa, hizo hernia *un fetito de 3 meses ó más.*

El muñón en lugar de cónico ó en embudo, me quedó cilíndrico, por causa de que las paredes del cuello estaban muy delgadas relativamente, probé si salía bien fuera del vientre para echarle un lazo elástico y hacer método extraperitoneal, pero era muy corto, así que procedí á extirpar también el cuello (teniendo en cuenta que las uterinas ya estaban ligadas) con tijeras curvas, etc.... saqué el cuello y *suturé* la vagina como hace el Dr. Bazterrica, parodiando una sutura de Lamber, procedimiento descrito por mi condiscípulo, Dr. Picardo, en su tesis.

Se secó con cuidado todo y se suturó con catgut los dos colgajos peritoneales, quedándome como en todos mis otros casos, una línea en forma de herradura como en el Procedimiento Americano, ó de Richelot ó de Jonesco.

El peritoneo se suturó con catgut, ídem los músculos rectos y aponeurosis y la piel con crin de Florencia.

La operación dura 44 minutos. Se muda la gaza vaginal y se coloca una sonda de Malecot en la vejiga.

El día de la operación tuvo tres veces vómitos. Tem-

peratura no ha tenido más que el tercer día 37,6 décimos por la noche, después 37 ó alrededor de ella.

El cuarto día se cambia la gaza vaginal y se retira la sonda vesical, el séptimo se le da un purgante salino y el noveno día se quitan los puntos de sutura á la piel.

No hubo ninguna complicación.

Este caso creo que merece la publicación por el error de diagnóstico cometido; pero, como nos decía Chávez, más vale errar deduciendo, que acertar adivinando.

II

Abajamiento del recto por fístula recto-vaginal

Aurelia Mara de Salazar, 38 años, argentina, de la provincia de Corrientes, casada; quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios: No conoció al padre, la madre murió tuberculosa hace 4 años.

Antecedentes individuales: regló á los 15 años, tuvo sarampión á los 16, se casó á los 19 años, y tuvo su primer hijo á los 28; después ha tenido 4 más y 3 abortos. Hace un año que aparecieron síntomas sifilíticos secundarios; á su entrada al servicio éstos son terciarios y se manifiestan por una úlcera sifilítica de la pierna derecha, tres ídem en los grandes lábios y otra en la mejilla izquierda.

Cuenta que en su último parto á término, que se efectuó hace 28 meses, fué distócico y el niño permaneció más de un día con la cabeza en la vagina, que después dos médicos le hicieron una aplicación de forceps y extrajeron el niño muerto.

Cuenta que desde entonces quedó con unas úlceras vaginales y que la materia fecal la expulsaba toda por la vagina; las ulceraciones curaron después, pero las materias fecales, gases, etc., todo lo expulsa por la vagina, y viene determinada á curarse de su repugnante y molesta enfermedad.

Estado actual: Además de las sifílides descritas más arriba, presenta una verdadera cloaca; todo el tabique recto-vaginal, desde el esfínter anal hasta muy cerca del cuello uterino ha sido destruído; el ano está conservado

y existe un pequeño desgarro perineal, pero que no llega hasta él.

Introduciendo el índice en el ano, éste pasa á la vagina y se ve entero en ella; cuando la raíz del dedo llega al ano, la punta del mismo estando guiada hacia atrás (y al nivel del cuello uterino casi) se nota un estrecho orificio que es por donde salen las materias fecales.

Mirando y examinando la vagina con auxilio de una valva de Simón colocada superiormente, se nota que las partes laterales de la vagina se continúan regularmente con la parte que antes ocupó el recto y que todo esto está recubierto de mucosa en bastante buen estado. El orificio anal forma como un puente y está muy estrecho por causa de no funcionar desde tanto tiempo atrás.

El orificio superior del recto está como badajo de campana por detrás del cuello del útero y un poco más bajo que éste, y además su pared anterior y laterales, que no están fijas, están en un poco de prolapsus.

Etiología: Esta grave lesión se ha producido en su último parto por compresión de la cabeza fetal ó por el forceps; es más racional creer lo primero.

Las úlceras sifilíticas de la vulva están situadas, dos en el gran lábio derecho y la última cerca del clítoris á su lado izquierdo; son pequeñas.

Tratamiento: Durante tres meses se continúa un tratamiento específico mixto de fricciones de 4 gramos y 100 gotas de yoduro con algunas interrupciones necesarias y una poción con clorato de potasa (4 gramos diarios) y antisepsia é higiene bucal.

Durante todo este tratamiento no hubo fenómenos de estomatitis, las ulceraciones han cicatrizado muy bien y no se presentan fenómenos nuevos.

Operación, abril 10 de 1898.

Juzgando que las lesiones sifilíticas no impedirán los resultados operatorios, se prepara la enferma con un purgante salino la víspera, y dos grandes enemas con ácido bórico en la mañana de la operación.

Se cloroforma, se corta anterior y verticalmente el puente anal en que está el esfínter, se coloca un tapón en el orificio superior del recto, se diseca á tijera y bis-

turí toda la mucosa que revestía interiormente el ano. Se hace una incisión en I, la línea inferior de la I pasa rozando el esfínter, la superior pasa ídem el orificio rectal y la vertical va desde una á otra por la línea media y posterior de la cloaca; se disecan estos dos colgajos hasta llegar á las paredes laterales de la vagina.

Se coge el cuello uterino con una pinza erina y el ayudante lo tira hacia abajo; yo hago una incisión circular circundando el orificio rectal y diseco el recto á dedo y tijera, rechazando el peritoneo, que estoy seguro no se abrió. Los bordes del cilindro rectal son tomados con 3 pinzas de Kocher y continúo la disección hasta que los bordes del cilindro sobrepasan unos 4 milímetros del ano. Se fija con catgut y seda á los bordes de éste por puntos separados, teniendo cuidado de una adaptación perfecta. El esfínter anal no se cose, pero sí la bandeleta de piel, que lo recubría anteriormente y que fué cortada con aquél en el primer tiempo de la operación.

Queda, pues, un cilindro de recto fijo al ano y que no tiene recubrimiento del lado vaginal, y además, á los lados de este cilindro están invertidos los dos colgajos rectangulares que se disecaron y formaron en el segundo tiempo operatorio á expensas de la pared posterior de la cloaca vaginal. No queda más que poner estos dos colgajos en buena posición, es decir, moverlos hacia adentro como quien da vuelta las hojas de un libro; de manera que sus caras cruentas caigan sobre la superficie de un lado del recto y sus caras mucosas miren la vagina cuya pared posterior van á formar. Se hace una sutura continua con catgut de sus bordes y queda una línea de sutura vertical, que es la rama vertical de una I, que será el resultado de la sutura completa.

Luego se sutura el borde superior de estos colgajos ya unidos á la línea trasversa y superior, que quedó arriba al desprender el cilindro rectal; esta sutura será la rama traversa y superior de la I.

Luego se hace igual procedimiento con los bordes inferiores de los colgajos que se cosen á la piel que forma la horquilla de la vagina, y después de suturados, forman una línea trasversa, que es el pie de la I. Todas estas suturas son hechas con catgut núm. 2 y preparados con el método de Mikuliz.

La operación queda terminada, se quita el tapón del recto y se coloca un tubo de cauchut de drenaje grueso para que facilite la salida de los gases y á más, distienda algo el recto y le dé una forma abovedada.

Se coloca una sonda permanente en la vejiga y se tapona la vagina con gaza al yodoformo. Antes del taponamiento todo es irrigado con una solución de lisol; se pone algodón una venda en T y se juntan y sugetan las piernas con un vendaje de cuerpo.

No se da opio ni nada constipante; al día siguiente se muda la curación rectal.

El tercer día se muda la curación vaginal y rectal y además se da antes un enema con agua esterilizada y glicerina; la enferma movió el vientre.

El cuarto día se da por el tubo rectal un enema con agua esterilizada y se retira el tubo rectal.

El sexto día es curada nuevamente y se retira la sonda vesical.

El noveno día es administrado un purgante de aceite y después de las evacuaciones es lavada y curada la vagina; todo está perfectamente adherido; solamente hay una puntada que ha cortado la mucosa, el catgut no se ha reabsorbido aún.

A los doce días se lava y cura la vagina, el catgut se ha cortado en algunos puntos y los hilos restantes los saco con la pinza; toco con nitrato de plata una pequeña ulceración que hay donde se cortó la mucosa, etc.

Desde este momento puedo considerar á la paciente sana, y quito también cinco puntos de seda que sujetaban el recto al ano; el único inconveniente que queda, es que la mujer pierde gases por el ano involuntariamente, pero creo que cuando el esfínter se reuna eso quedará suprimido, y si no sucede después de un mes, lo reuniré yo.

La temperatura ha oscilado entre 36,7 á 38 que tuvo el cuarto día.

Durante los primeros diez días ha estado á leche, caldo y vino, y á más, tres sellos de salol de 50 centígramos por día para evitar fenómenos de la vejiga.

VASSALLO.

Mayo 6 de 1898.

TOXINA TIFOIDEA SOLUBLE Y SUERO ANTITÓXICO DE LA FIEBRE TIFOIDEA

Por Chantemesse

(Comunicación hecha al Congreso Internacional de Higiene de Madrid, Abril 14 de 1898.)

Es fácil vacunar animales de laboratorio contra dosis crecientes de bacilos tíficos vivos ó muertos y obtener un suero que goce de propiedades anti-infecciosas, es decir que, inyectado preventivamente á animales sanos, los protege contra una dosis mortal de microbios, inoculada algunas horas después.

¿Posee este suero propiedades curativas para el hombre atacado de fiebre tifoidea? Mis primeras investigaciones hechas con Widal en 1892, han demostrado que este suero está desprovisto de toda acción realmente eficaz contra la fiebre tifoidea. Esta enfermedad es, en efecto, el resultado de una infección y de una intoxicación realizadas; para combatirla en el terreno patogénico, se necesita una substancia que luche á la vez contra el microbio y contra la toxina que segrega.

La observación de los tíficos demuestra que el veneno de la dotienteria es segregado rápidamente en el cuerpo humano. De un día para otro la dosis del veneno y los síntomas que la traducen, pueden variar mucho. Sin embargo, si se busca la presencia de esta toxina en los medios ordinarios en que ha vivido el bacilo tífico, no se la encuentra. El líquido de cultura, privado de microbios por filtración, no es tóxico ó lo es solamente de una manera insignificante; no encierra el veneno que los microbios forman en el cuerpo de los tíficos; no se puede contar con él para obtener la antitoxina.

He tratado durante largo tiempo de obtener esta toxina tifoidea soluble que constituye la primera etapa hacia la pro-

ducción de un suero antitóxico. En Enero de 1897 he dado á conocer los medios de obtenerla en cantidad suficiente y he indicado algunas de sus propiedades características.

Me sirvo hoy día de una solución de peptona de bazo que yo preparo haciendo digerir éste órgano en agua acidulada con la pepsina de un estómago de chancho, según el método de Luis Martín; después neutraliza antes de la esterilización. En cada vaso de cultura, el líquido está ampliamente expuesto al contacto del aire. La alcalinidad ligera del principio no desaparece jamás; al contrario, ella se acentúa. El medio debe ser sembrado con un bacilo tífico muy virulento que sale del cuerpo de un animal, ó mejor, que sólo ha sido dejado durante 24 horas en una bolsita de colodio enterrado en el peritoneo.

Al cabo de 48 horas, la cultura es muy abundante y no da ningún olor. Después de 5 ó 6 días, la secreción de toxina ha llegado al máximum y va desde entonces disminuyendo paulatinamente.

I

Toxina tifoidea soluble.—Para abreviar designaré bajo el nombre de toxina el caldo filtrado que contiene la toxina soluble. He buscado en colaboración con Pion las modificaciones que hace sufrir la cultura al caldo después de 5 días de estufa. Ni el caldo ni la toxina invierten la sacarosa ni digieren la albúmina. No tienen, bajo este punto de vista, reacciones de diastasa. La reacción ligéramente alcalina del principio se ha hecho fuertemente alcalina. La densidad (método del frasquito) que era de 0,998 sube á 1,011. El extracto seco á 100°, que era para dos centímetros cúbicos de 76 miligramos, asciende á 90 miligramos. El peso de las cenizas que era de 15 miligramos por centímetro cúbico, ha caído á 10 miligramos.

Acción de los agentes químicos.—En uno y otro caldo, el tratamiento por el cloruro de sodio, el sulfato de magnesio y el sulfato de amonio no han dado hasta el día sino resultados casi negativos.

El líquido de cultura es tratado por el alcohol absoluto que evaporado, deja un residuo. Con una parte de este residuo producimos, por el método común de formación de cloroplatinatos, un precipitado; éste no desaparece por la adición de potasa y no desprende olor.

No se puede, pues, atribuir su aparición á un cloro-platinato de amonio. ¿Quizá sea debido á un alcaloide?

La segunda parte del residuo ha sido extraída por el éter anhidro. Por la evaporación de este disolvente, se deposita un segundo residuo de olor desagradable, de reacción muy ácida, á pesar de que hasta aquí sólo hemos trabajado con un líquido neutro ó alcalino y que el disolvente mismo ha sido neutro. La neutralización de este producto por medio de la soda da lugar á un líquido de olor agradable. La parte del residuo insoluble en el éter se presenta bajo forma de un líquido oleaginoso, alcalino, soluble en el agua. Con este último producto se obtiene la formación de una cristalización de cloro-platinato, mientras que la parte soluble en el éter no la da.

El caldo primitivo, sometido á las mismas manipulaciones, no da ninguna de las reacciones arriba indicadas.

El precipitado que se obtiene en el caldo cultivado por la adición de cloruro de calcio, es separado tan completamente como posible por el filtro é inyectado en estado húmedo en el peritoneo. Se muestra muy tóxico y mata los animales con las lesiones de la toxina bruta. Secado en contacto del aire en la estufa á 37°, pierde al cabo de 24 horas casi toda su acción.

El precipitado cálcico arrastra pues en su formación una buena parte de la toxina. Si se le trata en estado húmedo por el alcohol absoluto, le cede una ó varias substancias que dan las reacciones que los tratamientos por el alcohol y el éter de la toxina bruta nos han mostrado más arriba.

Acción de los agentes físicos.—Una dosis mortal para un conejo encerrada en una ampolla de vidrio y conservada durante un día en la luz difusa no pierde su toxicidad. Dejado durante el mismo tiempo en un gran recipiente en contacto del aire, pierde casi toda su acción en la luz difusa, pero no en la obscuridad. La luz aumenta, pues, la acción del oxígeno atmosférico. La luz sola, sin ayuda del aire, es mucho menos activa. La insolación durante 4 horas de la toxina en vaso cerrado no debilita sensiblemente su toxicidad.

Calentando á 58 grados durante una hora una dosis de toxina mortal para un conejo, no pierde su actividad. Calentándola á 100 grados durante un instante disminuye su poder venenoso sin desaparecer completamente. Basta acidificar con ácido tártrico una dosis mortal para quitarle la mayor parte

de su poder; éste reaparece si se disuelve por medio de soda la alcalinidad á la toxina. Este veneno es muy enérgicamente retenido en el negro animal por el cual se le filtra.

Acción de la toxina sobre los animales.—Las gallinas y las palomas se han mostrado muy resistentes á la toxina tífica. Las ranas, lauchas, cobayas, conejos, ovejas, perros y sobre todo los caballos, sufren sus efectos con una violencia variable según las especies. Los caballos, teniendo en cuenta su peso, presentan una sensibilidad muy viva.

Una dosis de toxina medida á razón de un cm. cúbico por 80 gramos de peso de cobaya, inyectada en el peritoneo del animal, lo hace perecer entre 12 y 24 horas.

Si la dosis ha sido menor, ó si la cobaya ha recibido una pequeña cantidad de suero para inmunizarla, puede sobrevivir tres días. Cuando la muerte ha sido rápida, se encuentra á la autopsia una coloración roja viva del peritoneo y de los intestinos, congestión del hígado, del bazo y de las cápsulas suprarrenales. Cuando la muerte ha sido más lenta, la coloración roja del peritoneo es más marcada. La cavidad peritonal y la pleural encierran una pequeña cantidad de serosidad citrina y algunas veces un poco de fibrina. Los pulmones están hiperemiados; las cápsulas suprarrenales están francamente rojas. La orina contiene albúmina.

Los primeros efectos de la inyección intraperitoneal ó subcutánea á la cobaya se manifiestan por un descenso de la temperatura debajo de 35 grados. El pelo se eriza; el animal se pone soñoliento y su cuerpo es agitado por pequeñas sacudidas bruscas.

No hay diarrea. Si la muerte sobreviene recién al cabo de 2 ó 3 días, se marcan las últimas horas de la vida por crisis de convulsiones tónicas de los miembros y del ráquis.

El conejo, en peso igual, es tres ó cuatro veces más sensible que la cobaya. La inoculación de una pequeña dosis produce un acceso de fiebre. La inyección de una dosis mortal en dos ó tres horas—tres centímetros cúbicos inyectados en la vena auricular de un conejo de 1000 á 1200 gramos—provoca un descenso de la temperatura y una diarrea amarilla, color ocre, muy abundante. Media hora antes de la muerte, el animal está como paralizado, el pulso es muy rápido y la respiración muy acelerada. Muere sin convulsiones.

El intestino grueso y delgado se encuentran rojos; llenos de diarrea. La congestión es tan fuerte, que hay á veces ver-

daderas hemorragias en las túnicas intestínales ó en las hojas del mesenterio. El hígado está muy congestionado y las células del parénquima presentan la degeneración granulosa. El riñón muestra también una fuerte hiperemia y lesiones de las células de los tubos contorneados y principalmente de los glomérulos. Estos presentan un exudado intraglomerular El endotelio de la cápsula de Bowman está muy tumefacto. El bazo está más ó menos hinchado, los pulmones pálidos. En el conejo, como en la cobaya, el corazón está detenido en diástole.

Una dosis mortal por inoculación subcutánea, es inofensiva si es absorbida por vía bucal.

La inyección de 6 á 7 centímetros cúbicos de toxina en la vena de un perro produce al cabo de 10 á 15 minutos modificaciones profundas en la circulación y en la respiración. El corazón acelera sus latidos; el pulso se hace rápido y no es influenciado por los movimientos respiratorios. La presión baja poco á poco hasta 4 ó 5 centímetros de mercurio. La respiración se hace más rápida, menos amplia; puede duplicar ó aún triplicar su frecuencia.

Estos fenómenos no son debidos á la hipertermia, puesto que sobrevienen mucho antes de que se eleve la temperatura. Empiezan durante la primera hora y aumentan durante la segunda. Es en este momento que empieza á elevarse la temperatura. Durante este aumento se ve la presión elevarse gradualmente y subir de varios centímetros de mercurio; pero no alcanza la altura primitiva. Durante esta elevación térmica, el pulso queda siempre frecuente y pequeño, y la respiración no aumenta de extensión ni disminuye de frecuencia.

Los vómitos sobrevienen habitualmente durante la primera hora; pueden repetirse varias veces en el curso de la experiencia. Estos vómitos parecen muy penosos y son precedidos de agitaciones del animal: la respiración se hace irregular y el corazón late más despacio. El trazado de la presión presenta entonces grandes oscilaciones.

II

Preparación del suero antitóxico.—He podido inyectar caballos é inmunizarlos contra la toxina tífica, gracias á la liberalidad del Instituto Pasteur, que ha puesto á mi disposición los animales necesarios. El caballo es muy sensible para esta

toxina y la tolerancia se establece sólo muy lenta y difícilmente, entremezclada con períodos en que la salud del animal declina y exige una interrupción del tratamiento. He inyectado caballos durante dos ó tres años consecutivos, una vez cada 8 días, sin obtener un grado de inmunización sólida. A cada nueva inyección, el animal reacciona violentamente y sólo muy lentamente pueden aumentarse las dosis.

Esta toxina persiste largo tiempo en la sangre del caballo sin ser modificada. Dos meses después de la última inyección intravenosa, la sangre del caballo es todavía ligeramente tóxica; es preciso esperar más para verla despojada enteramente de su toxicidad y sólo provista de poder antitóxico.

La antitoxina con que hecho las experiencias que voy á referir proviene de un caballo que ha sido inmunizado durante dos años y que ha recibido en este lapso de tiempo debajo de la piel y en las venas más de seis litros de toxina. Su suero posee propiedades preventivas y propiedades terapéuticas, contra la infección y contra la intoxicación tífica.

Propiedades preventivas.—Si se inyecta á cobayas que han recibido la víspera debajo de la piel 1/200, 1/100, 1/50 de centímetro cúbico de suero antitóxico, la dosis de toxina que mata las cobayas testigos en 5 ó 6 horas, los animales que han recibido 1/50 de centímetro cúbico resisten, los que han recibido 1/200 de centímetro cúbico viven 24 horas, los que han recibido 1/100 sobreviven más ó menos 48 horas.

Si se inyecta preventivamente á conejos de 1000 á 1200 gramos una dosis de suero de 1/20 ó 1/30 de centímetro cúbico, soportan una cantidad de toxina que mata á los animales testigos.

En todas estas experiencias se nota que son mucho menos resistentes los animales que tienen, ya desde antes de la inoculación, alguna tara orgánica, como ser pseudo-tuberculosis psorospermiosis de los conejos ó simplemente embarazo; se necesita, para salvarlos, una dosis de suero mucho mayor que la que inmuniza los animales sanos.

Propiedades antitóxicas.—El valor antitóxico podrá ser apreciado en los animales que después de haber recibido una dosis seguramente mortal en un tiempo dado, reciban además un tratamiento por el suero en períodos que se alejen más y más del momento de la introducción del veneno, es decir, que se aproximen más y más al momento en que debe producirse la muerte.

Es fácil hacer esta experiencia en un buen número de animales testigos y animales sometidos á la seroterapia. Inyectemos á 4 cobayas una dosis de toxina que produzca la muerte en 20 á 24 horas. Tomemos otro lote de cobayas del mismo peso. Los testigos reciben un centímetro cúbico de toxina por cada 50 gramos de su peso; las cobayas que serán tratadas reciben una dosis de toxina más fuerte, sea de un gramo por cada 40 gramos de su peso. Y después de hora en hora, inyectemos respectivamente á cada grupo una dosis de suero antitóxico, que va de un cuarto á 1, 2, 3, 4 centímetros cúbicos de suero. Los testigos sucumben á las 20 horas. Las cobayas que han recibido una dosis, aún mínima, inyectadas varias horas después de la introducción de la toxina, sobreviven.

Cuanto más se aleja uno del momento de la penetración del veneno, tanto mayor debe ser la dosis del suero para ser curativa.

Cuatro y aun cinco horas después del principio de la intoxicación mortal dentro de 20 horas, una dosis de suero anti tóxico de 1/4 de centímetro cúbico administrada á las cobayas las hace resistir á la toxina. Los animales que no resisten á pesar del tratamiento tardío por 1/4 de centímetro cúbico de suero antitóxico, alcanzan á vivir dos ó tres días. El suero posee, pues, poder antitóxico.

Basado en estas experiencias, he podido inyectar á enfermos de fiebre tifoidea el suero antitóxico. El valor de este nuevo modo de tratamiento no puede juzgarse sino por el estudio de las estadísticas y de observaciones muy numerosas.

Puedo decir, sin embargo, que el suero obra en los enfermos de tifoidea como un antitóxico, disminuyendo y suprimiendo los fenómenos nerviosos, bajando la temperatura, activando la curación.

NOTICIA

El 15 de Junio se efectuará la renovación parcial de la Comisión Directiva del Círculo Médico, debiendo elegir la Asamblea que será convocada para esa fecha, el vicepresidente, un secretario de actas, tesorero y protesorero, director del Museo y cinco vocales.

CARLOS C. CAMICIA

† EL 8 DE MAYO DE 1898

Lo hemos perdido, al comenzar la batalla de la vida. Una mañana le saludábamos, sonriente, lleno de juventud y de esperanzas, entregado por completo á los trabajos de su laboratorio y por la tarde le acompañábamos, víctima de uno, de esos accidentes que rebelan el espíritu, envuelto en el sudario de la muerte, á la última morada del hombre. ¡Pobre amigo!

Muy joven aún, pero dotado de todas las condiciones que pueden elevar al hombre ante sus semejantes, Carlos Camicia, había conseguido ya, lo que la generalidad no alcanza, sino después de muchos años de trabajo.

Su espíritu, al empezar á dar los primeros pasos, fué atraído especialmente por la Ciencia, cuyas bases expuso Lavoisier. Á ella se dedicó casi por completo, llegando á ocupar un puesto distinguido entre sus condiscípulos, á los cuales más de una vez guió en los trabajos del laboratorio, siempre con esa amabilidad, franqueza y desinterés que lo caracterizaron.

Por su laboriosidad y competencia ocupó bien pronto puestos de reconocida importancia, siendo nombrado, primero, Químico Ayudante del Departamento Nacional de Higiene, más tarde Ayudante de los Laboratorios de la Asistencia Pública y del Hospital de Clínicas y últimamente Inspector de farmacias, mereciendo siempre el aprecio y consideración de sus superiores, que reconocían en él aptitudes especiales.

La muerte, apagando para siempre la luz que brillaba en su cerebro, desvanece las esperanzas, que era lógico alimentar, de una existencia que tan brillante se iniciaba.

Inclinémonos, pues, y lloremos ante esa tumba tan prematuramente abierta y que guardará los restos queridos del compañero trabajador é inteligente. Y nosotros, los que le conocimos de cerca y disfrutamos de las hermosas cualidades que adornaban su alma, lloremos también la irreparable pérdida de ese corazón franco y generoso, que fué el compañero inseparable en las alternativas rosadas y grises de nuestra vida.

Manuel V. Carbonell.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Mayo 31 de 1898 Nº. 10

ESTUDIOS TERATOLÓGICOS

COMUNICACIÓN HECHA AL CONGRESO LATINO AMERICANO

Por el doctor **F. Lahille.**

Doctor en medicina y ciencias naturales.—Encargado de la sección zoología del Museo de La Plata

---

El mes de enero pasado, recibí de un colega de Mercedes, el doctor F. Justino Ojéa, para la colección teratológica del Museo de La Plata, dos fetos humanos monstruosos, que deseo presentar al Congreso.

El primero pertenece á la segunda clase de monstruos, tal cual la definió I. Geoffroy St. Hilaire, es decir, la producida por la reunión de partes similares. Este ejemplar es constituído por dos fetos igualmente desarrollados, poseyendo un solo ombligo y están unidos hasta él, desde

el apéndice xifoides del esternon. Es por consiguiente un monstruo autositario mononfaliano xifópago. Nació en el partido de Suipacha; los parientes habían tenido ya tres niños normales y bien constituídos y después del parto de la monstruosidad que se efectuó en la primera mitad del noveno mes, han tenido un nuevo hijo normal. Señalo este hecho que demuestra una vez más, que las causas de las monstruosidades dobles son puramente adventicias, no dependiendo del organismo de los parientes, sino del germen ó más bien del medio químico y de las condiciones necesarias en las cuales se desarrolla.

Este monstruo como en los casos típicos de xifopagía presentaba un solo y ancho pericardio con un doble corazón perfectamente desarrollado con sus cayados aórticos y sus vasos normales respectivos. El esternón de cada sujeto había quedado en parte dividido, como lo es en los fetos normales durante el primer período de su evolución y una porción de las dos mitades inferiores esternales se habían reunido á las mitades correspondientes del esternón del otro, de modo que la monstruosidad doble presentaba dos partes esternales laterales, pertenecientes mitad por mitad, á cada sujeto.

No es el momento de discutir sobre el origen de esta clase de monstruosidades, no pudiendo por ahora sino referirme á teorías ya conocidas, y no teniendo experiencias personales y nuevas que presentar al Congreso. Sin embargo, lo que puedo decir es, que esta clase de monstruosidad debe ser producida muchas veces por la introducción en el óvulo de más de un elemento espermático, como Fol lo ha demostrado experimentalmente en ciertos animales inferiores.

Si fuese producida por la fusión de dos sujetos aislados y ya formados, se comprendería difícilmente porque esa clase de monstruosidad se encuentra con tanta frecuencia en los animales uníparos y tan raras veces en los animales multíparos. Justamente es lo contrario que se debería producir.

Pero pasemos al examen del segundo feto, mucho más interesante por las enseñanzas que ofrece. Este pertenece á la otra clase de I. Geoffroy St. Hilaire, es decir: de los monstruos simples producidos por un detenimiento

Figura 2

Figura 1

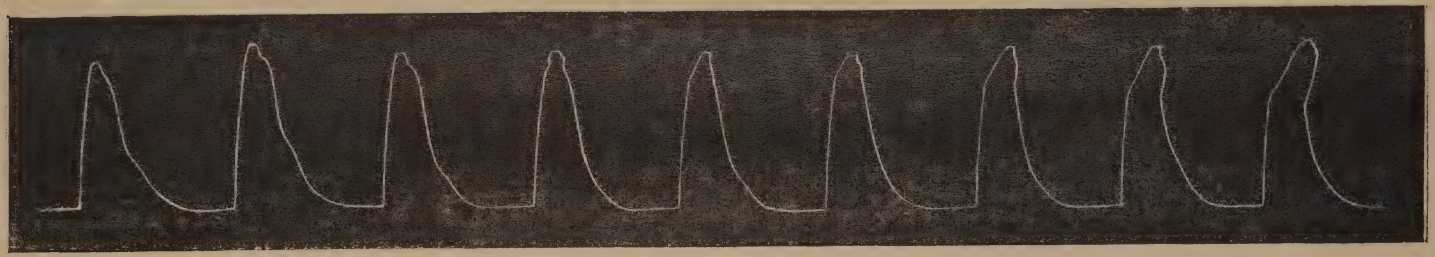


Fig. III.—Gráfico de la contracción del triceps izquierdo. Intensidad: 15 miliampéres.

Fig. IV.—Gráfico de la contracción del triceps derecho. Intensidad: 15 miliampéres. Aquí los sacudimientos son menos amplios con una misma intensidad, porque la atrofia ha atacado mucho más el triceps derecho que el izquierdo.

ó suspensión del desarrollo. Me fué presentado como un feto en cuerpo de rana y efectivamente para el público, el aspecto general de la cabeza, con sus bulbos oculares hinchados, su boca alargada con la encía superior cortante, la ausencia del cuello, el achatamiento total del cráneo, etc., etc., todo eso son puntos innegables de grosera semejanza.

Este feto, hembra como los anteriores, nació en los últimos meses del año pasado, en Mercedes. Es un autositario del género Anencéfalo, tipo completo, es decir, que le falta completamente el cerebro y también la médula espinal, representados uno y otro por algunas partes que merecen un estudio detenido. Mide 35 cms. de largo y pesa sin los intestinos, que han sido sacados, 1157 grs.

Los párpados están entreabiertos; el esternón presenta ya un punto de osificación. Las uñas de las manos alcanzan hasta la extremidad de los dedos. Este feto corresponde pues, al fin del 7° mes, de la vida intra-uterina. Llamaré de paso vuestra atención, sobre el gran desarrollo del dedo chico del pie, que supera en largo al precedente. Como he observado, este mismo carácter en otros anencéfalos, puede ser que sea producido por la no intervención del sistema nervioso central. En todo caso, si en vuestra clientela Vds. encuentran anencéfalos, sírvanse fijarse sobre esta particularidad para constar su ausencia ó su presencia. Una segunda particularidad, interesante para los embriólogos y fisiologistas, es de ver casi siempre, acontecer al 7° ú 8° mes, la expulsión de esta clase de fetos. Algunos de ellos pueden vivir unas horas de una vida manifiesta y libre, que duraría sin duda más tiempo si se les dieran cuidados apropiados.

Parece, pues, que desde el séptimo mes en adelante, la vida intra-uterina cesa de ser exclusivamente vegetativa y que para el desarrollo ulterior del feto se necesita la presencia de su sistema nervioso central propio. Una cuestión que siempre me ha preocupado es comprender como puede existir vida, es decir, actos reflejos, cuando no hay médula y por consiguiente centros de reflexión.

Gracias á los dos memorables descubrimientos de Golgi y de Erlich que han podido localizar en ciertos elementos nerviosos, sea el cromato de plata, sea el azul de metile-

no, la constitución del sistema nervioso (principalmente la de los centros) ha sido revelada de un modo admirable y se ha obtenido el perfecto conocimiento de las vías histológicas que siguen los actos reflejos. No se habla más de células nerviosas, sino de neuronos, comprendiendo bajo este nombre, no solamente la célula nerviosa de los antiguos autores, sino también sus prolongaciones que pueden tener hasta decímetros de largo, aunque realmente sean parte íntegra de la célula misma, como lo demuestran los fenómenos de regeneración de los nervios y los de degeneración walleriana que demuestran que el centro regenerador de las fibras se encuentra en el núcleo mismo de la célula correspondiente ó en las zonas protoplásmicas centrales. En el acto reflejo más simple intervienen teóricamente dos neuronos que se deberían continuar llamándose células nerviosas completas, habiendo pues, menos inconveniente de conservar el nombre primitivo de célula, ya de sentido tan modificado, desde que Mirbel en 1806, le llamó así, que adoptar á cada momento nombres nuevos que no encierran ideas nuevas. La célula sensitiva ó aparato de recepción para los reflejos se encuentra siempre fuera de la médula á una distancia muy variable. Su primer prolongamiento centrípeto ó prolongamiento protoplásmico va desde la periferia hasta el cuerpo celular. El segundo prolongamiento centrífugo ó cilinder-axis se va en la médula dividiéndose en su extremidad y mezclando íntimamente sus ramificaciones con las de los prolongamientos centrípetos ó protoplásmicos de otras células motoras ó bien de células de trasmisión. Las motoras que sirven en el acto reflejo simple, son las prismáticas que se encuentran en el cuerno anterior de la médula y donde sale un prolongamiento centrífugo ó cilinder-axis, propiamente dicho, de los antiguos autores que va á ramificarse en su extremidad en el elemento muscular. Ahora bien, según todos los estudios embriológicos los ganglios raquideos provienen de la médula misma y las células nerviosas son las generadoras de las fibras á mielina.

Como en las anencéfalos existen nervios espinales, aunque algunas veces la médula esté ausente, como lo he constatado en el caso actual, es importante verificar de donde vienen las fibras nerviosas. Con ese objeto he

Figura 4

Figura 3

practicado secciones seriadas finas de la parte inferior (plancher) de la bolsa dorsal del feto y he podido verificar en éste lo que han visto Remak, Kölliker é His, en el desarrollo normal de los vertebrados, es decir, que las fibras son especies de vegetaciones de las células medulares primitivas, poco diferenciadas en el anencéfalo de Mercedes, y formando allí una verdadera membrana equivalente á la "nappe médullaire" de Tourneux y Martin (Journ. Anat. et Physiologie. 1881). Entre esas fibras que forman las raíces raquidianas anteriores no he podido notar la presencia de células migratorias; pero no creo que esto sea una razón suficiente para rechazar por completo las ideas de Balfour sobre la realidad de este proceso que completaría en ciertos casos el proceso fundamental indicado por His. Puede ser, pues, muy bien que el estado del feto, ya un poco macerado cuando lo recibí, no haya permitido poner en evidencia elementos tan delicados como son las células migratorias.

En cuanto al origen de los ganglios espinales, he constatado bajo la membrana medular á 6 mm. de la línea media del cuerpo, una especie de proliferación de ella. De cada lado de esa línea media hay grupos simétricos de células poligonales poseyendo algunas prolongaciones protoplásmicas, y no dudo que esos grupos representan los ganglios en estado rudimentario. Como al nivel correspondiente, la membrana medular es ya de poco espesor y no diferenciada como lo es en la línea media: hay en esto una verdadera confirmación de las ideas de Beard, que hace provenir directamente del ectodermo los ganglios espinales.

Se ve, pues, que en este anencéfalo, aunque toda la médula parezca ausente, existían los elementos indispensables de los actos reflejos; pero no he podido notar ningún sistema de unión entre los ganglios y las células anteriores y motoras situadas en la línea media.

Como las monstruosidades no son excepciones de las leyes de la naturaleza, se concibe que los estudios teratológicos, pueden arrojar muchas veces una intensa luz sobre los fenómenos de desarrollo de los tipos normales; y se ve en el caso actual, la gran importancia de la anencefalía para el mejor conocimiento ó confirmación del modo de formación del sistema nervioso central y de

sus dependencias, de su histología como también de su fisiología.

Ruego, pues, á los distinguidos señores congresales, en nombre de las ciencias á las cuales nos dedicamos, presten atención muy especial á todos los casos de anencefalía que pudieran encontrar: colocando lo más pronto posible en el licor d'Erlick ó de Müller los sujetos obtenidos, con el fin de facilitar de ese modo su estudio histológico ulterior.

He dicho.

Las cuatro fotografías adjuntas representan los monstruos, objetos de la presente comunicación, vistos en disdistas posiciones.

DISCUSIÓN

El Dr. R. Wernicke toma la palabra, diciendo: que el primer caso le interesa más que el segundo, citando experiencias, hechas en la clase de los batracios, de reunión algunas veces muy íntima, de dos y aún de tres embriones y pregunta al conferenciante si rechaza, en la realización normal de los monstruos dobles, las ideas de soldadura entre dos gemelos anteriormente distintos.

El Dr. Lahille contesta lo siguiente: Sin duda alguna, entre tejidos que no están todavía diferenciados histológicamente, se pueden realizar ó verificar fusiones más ó menos importantes, y esos casos pertenecen al grupo de los injertos. Hacen muchos años que Trembley pudo unir dos ó más hidras de agua dulce en un solo individuo, siendo lo más fácil repetir esta prueba. Entre los protozoarios el fenómeno es muy común, y hasta se presenta en ciertos anélidas; pero, para admitirlo entre dos fetos, ya algo desarrollados de animales superiores sería preciso constatar un primer fenómeno de reabsorción ó histolysis, en cada uno de ellos, en las partes del cuerpo correspondientes y luego un proceso de unión entre las partes similares. No solamente nunca se han observado estos fenómenos, sino que son muy poco probables y aun las causas de ellos se conciben solo con la mayor dificultad. En los fenómenos de laboratorio el proceso de destrucción es siempre experimental, lo mismo que la aplicación de las partes similares, y no se concibe una

fuerza natural susceptible de destruir al mismo tiempo y en dos cuerpos aislados y diferenciados una idéntica extensión de tejidos ó aparatos para soldarlos después.

Hasta estos últimos años no se habían podido realizar, especialmente entre los vertebrados, monstruosidades dobles experimentales, y, por consiguiente, debemos tributar un sincero aplauso á los Sres. Loeb y Schulze.

Uno de estos naturalistas, poniendo una larva de equinodermo (Pluteus) en agua de mar concentrada, ha podido obtener, con esta única modificación del medio ambiente, un monstruo doble.

En cuanto á Schulze, colocando un huevo de rana entre dos placas de vidrio y poniendo el polo blanco del huevo hacia arriba obtiene, con esta sola modificación, una monstruosidad doble. Esto demuestra que condiciones químicas ó físicas bastan, algunas veces, para producir las monstruosidades dobles que son tan íntimamente ligadas á la gemeliparidad. Formulo de paso el voto para que el estudio experimental de estas cuestiones sea puesto á la orden del día del próximo Congreso.

1) *Loeb*. Beiträge zur Entwicklungsmechanik der aus einem Ei entstehenden Doppelbildungen.

2) *O. Schultze*. Die künstliche Erzeugung von Doppelbildungen bei Froschlarven mit Hülfe abnormen Gravitation Wirkung. (Arch. Entwi. Mechan. 1895).

Explicacion de las láminas

Fig 1. — Monstruo autositario mononfálico xifópago. Las dos cabezas están mantenidas separadas por un corcho. Los fetos nacieron en buen estado: las alteraciones de la piel que se ven en la figura son debidas á la maceración en los líquidos de conservación.

Fig. 2. — Monstruo anencéfalo, visto de frente, mantenido por un corcho, mostrando la ausencia completa del cuello, la prominencia de los globos oculares y la ausencia de frente.

Fig. 3. — El mismo, visto de costado mostrando la cifosis congénita y el desarrollo anormal del dedo chico.

Fig. 4. — El mismo, visto de atrás, mostrando la bolsa medular antes de toda disección y el estado primitivo del canal neural.

CIRUJIA DEL ROSARIO

Por el **Dr. Vassallo**

Pio salpinx abierto en el vientre con drenage Mikulicz y curación

M. L. P. de C. de 24 años, italiana, casada, quehaceres domésticos.

Antecedentes hereditarios: No conoció el padre, la madre es sana, no tiene hermanos.

Antecedentes individuales: Tuvo sarampión cuando niña, regló á los 14 años, se casó á los 20 con un sujeto sano y robusto. Durante sus dos primeros años de matrimonio no tuvo enfermedad ninguna; hubo un tiempo en que creyó estar en cinta, pero esto no sucedió, ni tampoco ha tenido familia después.

Cuenta que hace ocho meses sintió fuertes dolores al vientre, sobre todo en el lado izquierdo, tanto que ni podía sufrir el peso de sus ropas de cama; á más había flujo blanco. Un médico que la vió entonces le hizo un tratamiento general con lo cual mejoró; después de dos meses de su primer ataque tuvo otro más ó menos lo mismo, que duró menos tiempo que aquél (en ambos hubo fiebre). Un mes antes de su entrada al servicio se produjo un nuevo ataque y la vieron dos distinguidos médicos de aquí, los que me la enviaron con diagnóstico de fibroma del cuerpo, parte posterior y salpinjitis del lado izquierdo. Cuando entró al servicio venía con manifestaciones claras de piosalpinx.

Se instituyó un tratamiento adecuado (irrigaciones vaginales profusas con agua salada caliente, taponamientos con gaza embebida en glicerina, lavativas con Láudano y Belladona é irrigaciones rectales abundantes con agua esterilizada caliente); con esto mejoró y desaparecieron los fenómenos dolorosos, etc.

La etiología de esta salpinjitis era algo dudosa, pero la suegra de la enferma me comunicó que ésta hacía más de un año que mantenía relaciones genitales con cinco ó seis amigos de su marido....

Estado actual: Estado general bueno. A la palpación del vientre (que se deprime muy bien) se nota apenas del lado izquierdo un tumor que parece ser el útero en latero versión; sin embargo, la enferma acusa mucho dolor; ayudándose del tacto vaginal se nota en la parte posterior y lateral izquierda del mismo un tumorcito como un huevo de gallina, fluctuante y muy doloroso: este tumor cabe muy bien entre los dedos que hacen el tacto vaginal y los que deprimen la pared del vientre; en esta forma la fluctuación es bien notada.

Del lado derecho no se nota nada de anormal.

Al examen con espéculo, se ve el cuello afilado en punta sin desgarros ni ulceraciones. el histerómetro va recto y me da 7 centímetros.

Se diagnostica salpinjitis purulenta lado izquierdo y determinamos con el Dr. Omnés una salpingotomía.

El 7 de abril se da un poco de cloroformo y se practica un raspado uterino. etc., y se siguen curaciones diarias con lavajes al bicianuro al 1 por 2000 y taponamientos con gaza esterilizada y yodoformada, hasta el día de la operación que fué el 17 del mismo mes.

La víspera se administra un purgante salino y en la mañana de la operación dos enemas con ácido bórico y lavaje vaginal y taponamiento. etc....

Operación,— 17 abril:— Posición de Trendelenburg. Anestesia clorofórmica. Se hace una incisión de 9 centímetros empezando un dedo por encima del pubis, hacia arriba exploro los anexos del lado derecho, los que están normales. del lado izquierdo el ovario está quístico y por detrás del útero, la trompa está grande y pegada á él; desprendo algunas adherencias *ginecológicas* entre la trompa y los órganos que la limitan hacia afuera, coloco anchos separadores y me encuentro la trompa costeando el útero por delante del ligamento ancho; su pabellón está hacia abajo y pegado al útero como toda ella (como si fuera el tentáculo de un pulpo) la S ilíaca la limita hacia afuera.

Desde el momento me dí cuenta de la dificultad del caso, pues en todos los casos de piosalpinx operados por mí (12) siempre he encontrado el ovario pegado al pabellón de la trompa enferma y haciendo el oficio de tapón, de manera que al desprenderla de las adherencias

siempre es posible con cuidado limitarla y extraerla afuera. Con el caso presente eso no existe y el pabellón en una *poussée* inflamatoria, se ha adherido al segmento inferior del útero y aunque el peritoneo haya formado sólidas adherencias alrededor de su unión, estoy casi seguro que entre la parte interna del pabellón y el útero no habrá más que falsas adherencias y por allí se abrirá el piosalpinx al desprenderlo.

Se me ocurrió punzar y drenar por la vagina, pero había mucha distancia y á ese tratamiento no le tengo confianza, así que traté de aislar bien con compresas y rápidamente fué desprendido todo; como se había previsto, por el pabellón salió el pus. Se ligó el pedículo cerca del cuerno uterino, se colocó una pinza de Pean y entre ésta y la ligadura se cortó con el termo cauterio, se secó bien y rápidamente el fondo de la herida y con el termocauterio se tocó los tejidos blancuzcos que formaban la adherencia entre el pabellón de la trompa y el útero.

Luego se hizo una irrigación con Bicianuro de mercurio al 1 por 3000, se secó prolijamente, se cambiaron compresas y se irrigó nuevamente con agua salada.

Se colocó una mecha en forma de bolsa cuyo fondo daba en la parte donde había estado el pabellón adhiriendo al útero y el extremo libre quedó fuera del vientre; cerré el peritoneo arriba y abajo de la gaza, (ésta quedaba en el medio de la herida), los músculos y aponeurosis con catgut y la piel con crín.

La operación duró 20 minutos. Colocóse un metro de gaza esterilizada sobre el vientre y vendaje de cuerpo, en tejido de hilo sin algodón. Un arco y seis bolsas de hielo sobre el vientre.

18 de abril:—Pulso 104, temperatura 37; no ha tenido vómitos, no ha dormido, se queja de sed, se dan pedacitos de hielo y champagne helado.

19 de abril:—Pulso 115, temperatura á la noche 97.3; no hubo vómitos.

20 de abril: — Pulso 110, temperatura 37.1°; tuvo anoche dos veces vómitos, estado general bueno, ha dormido. Hoy se cambia la gaza que cubre el vientre, la mecha no se toca, el vientre está blando é indoloro.

23 de abril:—Pulso 88, temperatura 37.1°; toma bas-

tante leche, duerme bien, hoy se cambia la curación, se tira un poco de la mecha muy suavemente y se corta al nivel de la pared. Curación igual á la anterior, se le retira el hielo del vientre.

26 de abril: —Sigue todo bien; hoy se extrae la gaza del vientre, la que sale con bastante facilidad, se seca la herida con gaza y se coloca una nueva mecha.

29 de abril: —Nueva curación, quito la gaza y coloco un tubo de drenage que tiene 8 centímetros de largo. De hoy en adelante se cura cada día por medio, acortando el tubo en cada curación.

Mayo 15: —Hoy se levanta la enferma, está sana.

SESIÓN CIENTÍFICA DEL C. M. A. DEL 30 DE ABRIL

El Dr. Segura expone los resultados obtenidos en la Casa de Aislamiento, en el tratamiento de la difteria por la nueva antitoxina y el tubaje de la laringe. Los resultados del suero son excelentes, debiendo darse la preferencia al suero de Behring sobre todos los demás. El tubaje es seguro en sus resultados y fácil de practicar una vez que la mano se ha habituado á ello; no es practicable en todos los casos, pero al hacerse el tubaje siempre debe tenerse á mano los instrumentos necesarios para la traqueotomía. El tubaje produce á veces fenómenos inhibitorios tan intensos, que pueden producir la muerte del enfermo

Publicaremos más tarde la conferencia completa del Dr. Segura.

En seguida presenta el Dr. Segura una joven afectada de un tumor vascular de la oreja izquierda. Este tumor se ha iniciado, al decir de la enferma, como una pequeña mancha roja que ha ido creciendo con rapidez. Una ulceración del tumor que daba lugar á hemorragias frecuentes y copiosas, lleva á la enferma al consultorio del Dr. Segura, quien con ayuda del galvanocauterio consiguió la cicatrización de la úlcera. El crecimiento con-

tinuo del tumor, la defiguración de la cara y el peligro de nuevas hemorragias indican la necesidad de una intervención quirúrgica. El Dr. Segura desea conocer la opinión de los colegas presentes sobre la mejor manera de proceder.

El tumor, de forma irregular, lobulado, casi del tamaño de un puño, deja reconocer todavía la forma del pabellón de la oreja. Su superficie es irregular, su color azulado Hacia atrás se extiende hasta cubrir la apófisis mastoides, adelante cubre la articulación témporomaxilar y hacia abajo sobrepasa el ángulo del maxilar inferior. A simple vista se ven claramente pulsaciones de todo el tumor; á la palpación se notan en su interior numerosos cordones pulsátiles. De todos los lados, pero especialmente de atrás, se ven y tocan cordones vasculares más ó menos gruesos que se dirigen al tumor. Las venas del mismo lado, de la parte superior del cuello están sumamente dilatadas. Detrás de la oreja se ve la cicatriz de la ulceración arriba mencionada. Opina el Dr. Segura que la ligadura de la carótida externa sería el tratamiento indicado.

El Dr. *Corbellini* refiere un caso semejante operado en el hospital de Clínicas, hace algún tiempo. Se la había hecho sin resultado, ligadura de la carótida, ligadura de los principales vasos aferentes, etc. con resultado nulo; al contrario, el tumor siguió creciendo y fué necesario hacer la extirpación total; operación peligrosa por la hemorragia, pero segura en cuanto al resultado.

El Dr. Rebaudi opina que la compresión con un vendaje apropiado, ayudado con la galvanocaustia, daría buen resultado.

El Dr. O. Wernicke opina que la compresión no puede dar resultado puesto que los vasos aferentes que vienen del cuello y la parte inferior del tumor quedarían libres de compresión y alojados en el espacio comprendido entre el maxilar y la apófisis mastoides. Pregunta al Dr. Corbellini si sería posible conservar el cartílago en la operación que él propone, cosa que sería deseable dada la edad y el sexo de la enferma; á lo que contesta el Dr. Corbellini que no es posible.

Los Dres. Medina y Madero consideran que la extirpación total está indicada; el Dr. F. Llobet propone

ensayar la ligadura de los gruesos vasos aferentes.

En seguida lee el Dr. Farini un trabajo sobre lepra, que será publicado próximamente en su tesis y termina la sesión el Dr. Aberastury, con la comunicación que encabeza el anterior número.

REVISTA DE LA PRENSA

GAUCHER —*Estado de nuestros conocimientos sobre la etiología de las dermatosis en general y sobre las diversas manifestaciones. de la sífilis.* (Congreso de Moscú).

El hecho más notable de la historia médica de estos años últimos, es el descubrimiento del parasitismo como causa de un gran número de enfermedades. La dermatología no sólo ha seguido el movimiento general de la medicina en la investigación de los parásitos patógenos, sino que la ha precedido. La noción de la influencia de los agentes animados en la génesis de las dermatosis, se remonta al descubrimiento del acarus de la sarna y en época más reciente al de los hongos en las tiñas. Los parásitos se descubren con más facilidad en la superficie de la piel. No se hizo esperar el conocimiento de los demás epífitos, del hongo de la pitiriasis versicolor y el del eritrasma.

Se necesitaba perfeccionar los instrumentos y la técnica microscópica para descubrir los parásitos más pequeños, los que hoy se llaman microbios. Estos son susceptibles de producir lesiones de la piel, no sólo por inoculación directa, sino también por infección interna.

El más importante de ellos, desde el punto de vista de la frecuencia y de la multiplicidad de las afecciones cutáneas que provoca, es el bacilo de la tuberculosis. Merecen incluirse en el mismo grupo, el bacilo de la lepra, el parásito de la actinomicosis, el microbio de los lamparones. El origen microbiano del impétigo y del ectima, es uno de los primeros que se han demostrado: estas afecciones son producidas por los agentes ordinarios de la supuración.

Sólo he citado de intento los parásitos, cuya existencia está plenamente demostrada, y cuya influencia patógena es bien conocida. Es probable que haya otras dermatosis parasitarias, y que podrá añadirse algún día á la lista de las enfermedades cutáneas microbianas, la micosis fungoide, el sarcoma y el epitelioma.

Pero no siempre se descubre el microbio en las afecciones que son de origen parasitario indiscutible. En tales casos hay otro criterio para el diagnóstico, y este criterio es la inoculación experimental á los animales, que produce resultados positivos cuando el descubrimiento del bacilo ha sido negativo.

No es posible negar la naturaleza tuberculosa de una lesión por la falta del bacilo tuberculoso. Es un hecho nuevo importantísimo aplicable á otra afección bacilar, la lepra. Los trabajos notabilísimos de Zambaco Pachá, han probado que hay lepras frustradas: son el panadizo analgésico de Morvan y ciertos casos de siringomielia.

Las investigaciones contemporáneas han demostrado también que existen intoxicaciones microbianas, y que el parásito no obra sólo por sí mismo, sino también por los productos solubles que elabora. Basta citar todos los eritemas infecciosos septicémicos, las eritrodermias tuberculosas, entre ellas el lupus eritematoso.

Estas intoxicaciones microbianas son, hablando con propiedad, intoxicaciones de origen vegetal, porque los microbios son vegetales; todos los venenos, sean los que quieran, pertenecientes á los tres reinos de la naturaleza, pueden producir dermatosis del mismo orden. Para no citar más que un ejemplo, no creo extralimitarme si digo que muchos casos de dermatitis exfoliatriz son erupciones patógenas, casi siempre hidrargirias desconocidas.

Estas erupciones de origen tóxico, me inducen á ocuparme de un factor capital en la etiología de las dermatosis, á saber, de la influencia del sistema nervioso.

Por este mecanismo se desarrollan todas las toxidermias, todas las erupciones patogenéticas como las llamaba Bazin. En las afecciones el sistema nervioso es también el intermedio obligado entre la toxina microbiana y la afección cutánea. De la influencia nerviosa dependen asimismo las erupciones del tipo vesiculoso y ampolloso. El zona es el más importante de estos trofoneurosis. Otro tanto diré de las diversas formas de pénfigo. La ampolla es un trastorno cutáneo tró-

fico que reconoce por mecanismo patógeno una alteración nerviosa. La forma eruptiva vesiculosa ó ampollosa, es también frecuentísima después de las lesiones traumáticas de los nervios ó de los trastornos dinámicos del sistema nervioso.

Los venenos de origen animal tienen la misma propiedad que los minerales. Citaré como ejemplos, la urticaria hidatída y las diversas erupciones, urticosas ó eritematosas, consecutivas á las inyecciones de suero animal.

Más aún: además de las dermatosis provocadas por las ptomainas procedentes de un animal de otra especie, hay erupciones engendradas por los venenos que fabrica el organismo mismo.

Después de haber citado las toxidermias infecciosas y las medicamentosas, que son debidas unas y otras á intoxicaciones de origen exterior, quedan por estudiar las producidas por intoxicaciones de origen interno ó las autointoxicaciones. Hay un hecho innegable, á saber: que las materias orgánicas son capaces en ciertas circunstancias de convertirse en especie de venenos autógenos, y que la auto-intoxicación que resulta puede originar afecciones cutáneas. La bilis produce un prurito especial. Además, los venenos de la desasimilación, cuya acumulación en la sangre origina el síndrome conocido con el nombre de uremia, se eliminan algunas veces por las glándulas de la piel, y ocasionan erupciones cutáneas eczematiformes, pitiriasiformes ó sencillamente eritematosas.

Otro producto que proviene de la oxidación incompleta de las substancias azoadas en la economía, el ácido úrico, origina cierto número de afecciones cutáneas, y sobre todo algunas formas de eczema.

No queda que dar sino un paso para admitir en las substancias tóxicas desasimiladas, una influencia patógena más extensa aún sobre la producción de las dermatosis.

Las alteraciones humorales permanentes, que resultan de la lentitud de los cambios orgánicos y del trastorno de la nutrición general, producen erupciones idénticas á las de la gota. Las substancias extractivas azoadas, que tienen el mismo origen que el ácido úrico, obran de igual manera que éste.

Este grupo de dermatosis por autointoxicación, comprende todas las afecciones cutáneas llamadas antiguamente diatésicas. De este modo se explica química y fisiológicamen-

te el estado constitucional ó la diátesis y sus consecuencias. Persisten las teorías antiguas con otro nombre.

Séame permitido á este propósito señalar la importancia de la patología general en el estudio científico de las dermatosis.

La etiología de las dermatosis diatésicas, sólo puede explicarse por el conocimiento de las relaciones que unen las manifestaciones cutáneas con las afecciones viscerales del mismo origen. De este modo se adquiere la prueba de que las lesiones de la piel forman parte de un conjunto patógeno que comprende manifestaciones múltiples de la misma causa general del mismo trastorno nutritivo, de las mismas alteraciones humorales, y se vuelve de nuevo á la doctrina de Bazin.

Sólo por la patología general es posible vislumbrar la verdad en la etiología de las enfermedades de la piel, y fieles á las enseñanzas del pasado, combatiremos la especialización audaz y prematura. El estudio de la especialidad ha de ser un suplemento de la instrucción médica completa.

Sería, en efecto, un error craso creer que el especialista puede penetrar la causa de las enfermedades limitándose á su especialidad. El dermatólogo no debe perder de vista la medicina general, sino además, poseer todas las ciencias que sirven de fundamento á la medicina.

Esta fórmula es exacta también para la sifiliografía. Es preciso conocer toda la patología para descubrir las pistas de las manifestaciones múltiples de la sífilis en todos los órganos. Aunque no se ha descubierto aún el agente causal de la sífilis, sabemos, no obstante, que esta enfermedad es una infección *totius substantiæ*, y la etiología de sus diversas determinaciones ha producido trabajos importantes.

El dominio de las sífilis viscerales se ha ensanchado cada vez más, y puede decirse hoy que no hay un órgano que no sea tributario de la infección sifilítica. Esta última, como todas las enfermedades infecciosas, es una causa casi constante de infarto del bazo. Las funciones del hígado se trastornan algunas veces desde el principio de la enfermedad. El riñón puede afectarse de sífilis precoz, de nefritis infecciosa epitelial.

Desde el principio del período secundario, se afecta en ocasiones de un modo especial el sistema nervioso: unas veces son mielitis precoces, otras neuritis periféricas. Las lesiones oculares son también rapidísimas en ciertos casos.

En este período no se observan sólo lesiones orgánicas difusas, sino que pueden existir ya alteraciones específicas en forma limitada, nodular, y los gomas precoces en todos los puntos de la economía son demasiado conocidos para que sea necesario insistir sobre su presencia.

Cuanto á las determinaciones tardías, á las lesiones terciarias de la sífilis, atacan todos los tejidos y todos los órganos; no hay una lesión orgánica en la semiología, en la que no figure la sífilis.

Las osteitis, las periostitis, las artritis, reconocen por causa frecuente la sífilis.

Hay una esclerosis sifilítica del hígado que presenta los síntomas y el aspecto clínico de la cirrosis venosa ordinaria.

Los gomas pulmonares producen los mismos signos estetoscópicos, el mismo empobrecimiento y la misma caquexia que la tisis tuberculosa. Pero las lesiones más importantes y frecuentes son las del sistema nervioso; puede decirse sin exageración, que la sífilis domina toda la patología nerviosa.

La mielitis transversal dorso-lumbar, es casi siempre de naturaleza sifilítica. Sabemos que los gomas figuran entre los más frecuentes de los tumores encefálicos, y que la epilepsia parcial depende por lo común de una lesión específica.

Las arteritis sifilíticas cerebrales tienen un dominio tan extenso, que en todas las apoplegías y hemiplegías debe sospecharse la posibilidad de la etiología sifilítica.

El sistema vascular se afecta de una manera especial en una infección crónica esclerógena como la sífilis. Todas las arterias de todas las regiones y de todos los órganos pueden alterarse, y el mismo miocardio no queda á salvo de la acción del virus sifilítico; de modo que la sífilis puede formar también parte de la etiología de las cardiopatías.

En el tegumento externo es capaz la sífilis de producir todas las lesiones elementales; eritemas, vesículas, ampollas, pápulas, tubérculos, pústulas.

El grupo de las sifilídes terciarias, es influido algunas veces por el sistema nervioso; la erupción afecta la forma de zona, y puede confundirse con el zona verdadero.

La etiología sifilítica tiene consecuencias más lejanas. Cuando el virus ha agotado su acción propia, las modificaciones constitucionales que ha creado, son capaces de producir otras afecciones agrupadas por el título significativo de afecciones parasifilíticas. No son lesiones sifilíticas hablando con pro-

piedad, pero reconocen como causa la impregnación sifilítica.

Las dos afecciones parasifilíticas principales, son la tabes dorsal y la parálisis general, secundadas por la predisposición hereditaria. Otra influencia secundaria análoga, dependiente del artritismo, rige la aparición de las lesiones vasculares parasifilíticas, porque la sífilis tiene una acción patógena indudable sobre la arterio-esclerosis.

Además de la nefritis sifilítica precoz, cuyas lesiones son privativamente epiteliales, como las de todas las nefritis tóxicas; además de los gomas del riñón, la nefritis crónica intersticial, de origen arterial, es frecuentísima en los sifilíticos. Otro tanto diré de las cardiopatías arteriales y de las arteritis ateromatosas, en particular, del aneurisma de la aorta, en cuya etiología figura con tanta frecuencia la sífilis.

Las manifestaciones de las sífilis hereditaria, se prestan á consideraciones etiológicas más importantes y más imprevistas. Los estudios contemporáneos han demostrado la frecuencia de las determinaciones tardías de la heredo-sífilis, que representan muchas lesiones de la antigua escrofulosis. Lesiones oculares y auriculares, lesiones nasales y faringeas, lesiones óseas, meningitis gomosas, que asemejan la meningitis tuberculosa hasta el extremo de confundirse con ella y que sólo se distinguen de ésta por su curabilidad, ciertas alteraciones hepáticas, lesiones pulmonares que simulan la tísis: tales son las afecciones principales, que observaciones múltiples atribuyen á la heredo-sífilis.

La naturaleza sifilítica de la mayor parte de las afecciones referidas, se demuestra por la eficacia del tratamiento específico; pero hay también una para-sífilis hereditaria que comprende cierto número de deformaciones congénitas, en cuya etiología la infección no obra directamente sino por el intermedio del trastorno general que produce en el organismo.

Las alteraciones dentarias son las más conocidas de estas lesiones parasifilíticas hereditarias.

La osificación prematura del cartílago epifisario, descubierta recientemente por la radiografía, ha demostrado la causa tan frecuente del enanismo en los heredo-sifilíticos.

Se han atribuido también á la para-sífilis hereditaria, ciertos casos de hidrocefalía y de otros vicios de conformación.

Esta exposición demuestra que no es posible hacer de la dermatología y de la sifiliografía una especialidad limitada;

tan cierto es, que no puede estudiarse con fruto una parte del cuerpo sin conocer á fondo el conjunto.

HUCHARD: — *Utilidad del vejigatorio* (Academia de Medicina de París).

El vejigatorio es peligroso muchas veces é inútil casi siempre. En general, las personas que tienen sanos los riñones, se libran de las complicaciones renales del vejigatorio. Pero si están afectados, hay peligro de que sobrevenga la nefritis cantaridiana. Se ha dicho que la cantaridina tiene una acción diurética, pero es muy infiel para ser útil.

Si el vejigatorio es inofensivo en las paridas, como dice Hervieux, se debe quizás á que estas mujeres son por lo general jóvenes. Ocurre en efecto con la cantaridina, lo que acontece con el ácido salicílico, según ha demostrado Brouardel; la eliminación es tanto más lenta, cuanto más edad tiene el sujeto. Así se explican los accidentes cantaridianos tardíos, que se presentan de un modo imprevisto en personas que suelen tener una lesión renal latente.

Galippe demostró en 1874, que la cantaridina es un agente congestionante por excelencia. En la tísis crónica, en la que se ha abusado de un modo extraño del vejigatorio, puede considerársele como causa de la nefritis que se observan con tanta frecuencia en estos casos.

Hay también un dato importante que es preciso no perder de vista: la abundancia grandísima de microbios de la piel. Han sido estudiados por Relinger en un trabajo reciente. En los caquécticos incapaces de oponerse con energía á la penetración de los microbios, el vejigatorio produce una herida que permite la entrada de los micro-organismos que existen en estado normal en la piel.

En los que padecen afecciones urinarias, en los que la permeabilidad renal es incompleta, en los bacilosos, en los diabéticos, son nocivos los vejigatorios. En las enfermedades del aparato digestivo y de sus anexos, son cuando menos inútiles En las afecciones puerperales deben relegarse al arsenal secundario.

Todos están de acuerdo en admitir que en la diátesis purulenta de los recién nacidos, el origen de los accidentes depende de la penetración de los microbios cutáneos· Aplicar en estos casos un vejigatorio, es abrir de intento la puerta á la infección amenazadora, contra la que es incapaz de luchar el

niño. Para que se produzca la infección, basta que haya una erosión cutánea que permita la penetración de los micro-organismos. En cuanto se infecta un organismo, se convierte en un terreno abonado para la penetración de los microbios de la piel. Cuando se sabe que la erosión más insignificante del cutis es capaz de producir una endocarditis séptica, no se comprende como se prescriben aún vejigatorios ó cauterios á enfermos predispuestos á la menor infección séptica.

No cree que se le pueda culpar de crear una especie de *dermatofobia*. Recomienda sólo proteger la piel, hacer en ella una antisepsia rigurosa. ¿Es hacer la antisepsia de la piel aplicar en ella vejigatorios como se acostumbra en la pulmonía? El experimento de Talamón, es demostrativo desde este punto de vista. Inyectó á dos neumónicos un décimo de miligramo de cantaridato de sosa, y observó agravación grandísima de los síntomas. No repitió el experimento y cree que hizo bien; y sin embargo, el cantaridato de sosa es menos tóxico que la cantaridina del vejigatorio. Cree por lo tanto, que en el curso de la pulmonía el vejigatorio agrava la enfermedad; en el período de defervescencia, es incapaz de obrar sobre el bloc neumónico destinado á eliminarse. Hace bastante tiempo aplicó vejigatorios á dos neumónicos que se encontraban en este período y observó recaídas graves.

Llega al empleo del vejigatorio en la pleuresía. Laborde ha dicho que la cantaridina es capaz por sí sola de producir una pleuresía. Laennec había observado casos de este género, y decía lo que sigue: «Me ha parecido que en ciertos casos de pleuresía incipiente, la aplicación del vejigatorio aumenta la gravedad de la enfermedad..» Si como se tiende á admitir, la pleuresía es de naturaleza tuberculosa en el 70 por 100 de los casos ¿qué queréis que haga la cantárida sobre el bacilo? Lancereaux ha señalado hace algún tiempo la existencia de una fiebre pleurítica que precede á la verdadera angioleucitis de la pleura que caracteriza y explica la pleuresía; ¿qué queréis que haga el vejigatorio contra los coágulos linfáticos que caracterizan estas angioleucitis? Los vejigatorios son una engañifa en la pleuresía. Después de aplicado puede arrugarse el pulmón, y el derrame parece que desciende, pero es porque el pulmón disminuye de volumen.

En las meningitis, en cirugía puede ser siempre discutido el vejigatorio.

Veamos ahora lo que produce la irritación cutánea. Pue-

de modificar la circulación, hacer variar los cambios orgánicos, hasta producir albuminurias transitorias, como han demostrado Charrin y Capitan. Se ha dicho que el vejigatorio determina una fagocitosis marcada, pero la produce también la excitación cutánea más ligera, según ha demostrado recientemente Charrin. Además es discutible esta opinión. La hiperleucocitosis, puede ser producida por los baños fríos ó calientes con menos peligros. Recordaré, á este propósito, el trabajo de Robin publicado en 1891, y en el que demostró que los baños salinos aumentan los cambios nutritivos.

SAALFELD *La ooforina contra las molestias de la menopausia* —(Soc. de Medicina de Berlín).

Para combatir las molestias que produce la menopausia y las afecciones cutáneas, cuya aparición provoca, tales como el acné rosáceo de la cara, el eczema menopáusico y las congestiones fugaces al rostro, ha empleado pastillas que contenían cada una 0,5 de ooforina, administrándolas al principio en dosis de dos ó tres diarias, y llegando hasta la dosis de quince pastillas, sin haber observado el menor perjuicio con su uso. El resultado ha sido bueno, entre otros casos, en uno de menopausia anticipada, en una mujer de veintiún años á la que se había extirpado el útero y los ovarios, y que presentaba entre otras cosas, un extenso eczema liquenóideo. Las molestias se aliviaron y disminuyó el tejido adiposo en cantidad de ocho libras. En vista de estos hechos se decidió á dar la ooforina á mujeres en las que se podía admitir alguna relación entre la afección cutánea y la alteración de su estado general, como sucede en las cloróticas que padecen de acné, de comedo, de seborrea, de pitiriasis capitis con caída del cabello, etc., y también ha obtenido buenos resultados en estos casos. Claro está, que la ooforina tampoco es una panacea. Otro caso es el de una señora de veinte años, que padecía de prurigo, y á la que con la ooforina se alivió la intensa picazón que sufría durante é inmediatamente después del período menstrual. Cree, por lo tanto, que en estas afecciones cutáneas, la ooforina es un buen auxiliar del tratamiento externo.

CASPER - *Un caso de quiluria simulada.*

Una joven de veintitrés años y al parecer de clase bien acomodada, decía que venía padeciendo hacía dos años de dolores intensos como de cólico nefrítico, sin que la palpación de la

región renal revelase la presencia de nada anormal. Llamaba la atención que la orina, que siempre era turbia, ácida y rica en albúmina y grasa, saliese clara y sin grasa cuando se extraía con la sonda. La superchería se descubrió del modo siguiente: mientras se le inyectaban en la vejiga 500 centímetros cúbicos de disolución bórica, se añadió ioduro potásico á la lecha agria que había en una botellita que se encontró entre los vestidos. Hecho esto, se dejó sola á la enferma diciéndola que orinase; ahora bien, la disolución bórica que expulsó de su vejiga, contenía grasa y presentaba las reacciones propias del iodo.

FLÜGGE. *Infección por la atmósfera.*

Ha emprendido nuevamente el profesor Flügge sus interesantes experimentos sobre la infección por la atmósfera, llegando á deducciones notables, algunas de ellas imprevistas.

Primera serie de experimentos: Se propuso averiguar las condiciones en que se *desprenden* los micro-organismos de las superficies *secas* y de las *húmedas*. *Húmedas*: si hace pasar por una superficie de tierra ó de un tejido mojado una corriente de aire, cuya velocidad sea de 60 metros por segundo; mientras no se seca no es arrastrado microbio alguno. *Secas*, si están secas, una corriente de 5 metros por segundo basta para llevarse los micro-organismos; si es de 50 á 60 metros: los puede transportar muy lejos en forma de polvo fino, sobre todo si la superficie es frotada con un cuerpo duro; si ésta es lisa ó rugosa y la materia infectante está sólo depositada, basta con la velocidad de un metro. Por tanto, en condiciones normales el transporte es fácil (vientos y desgastes del suelo) en las calles, campos, etc.; en las casas no tanto por las dificultades que encuentra la corriente, pero la favorece el barrido, cepillado, etc.

Segunda serie de experimentos: Quiso conocer cómo se hacía el transporte de las bacterias con el polvo, las gotas microscópicas de agua ú otro líquido, etc. Si el polvo es muy fino, basta la velocidad de un milímetro por segundo, y en la atmósfera de una habitación, por tranquila que esté, todavía flotan las bacterias á las cuatro horas. Con la misma velocidad se hace el transporte en las gotitas de agua: así se disemina la flora de la boca, el bacilo tuberculoso, etc., hablando simplemente, estornudando ó tosiendo: colocadas á algunos metros de la boca chapas de gelatina, la siembra se efectúa. Esta

transmisión es facilísima en las habitaciones ocupadas por enfermos.

Tercera serie de experimentos: En vista de los datos precedentes, determinar cuáles enfermedades son de virus fijo ó de virus volátil. En su concepto, todas las infecciones son transmisibles por la atmósfera, sobre todo si las bacterias están suspendidas en líquidos; así sucede notoriamente con el cólera y la fiebre tifoidea, si bien en ambos desempeña el principal papel el contacto (alimentos, agua). En cambio, la infección por la atmósfera es la más notable en las afecciones faríngeas y respiratorias (difteria, tuberculosis, coqueluche, pneumonía, influenza, etc.), favoreciéndola toda expiración del enfermo; se trata entonces de una inhalación, hecho de trascendencia para las enfermedades cuyos agentes patógenos pierden la virulencia al secarse. Así resultan infectantes las salas con enfermos, las calles mal ventiladas, etc. Conceptúa mucho menos peligroso el polvo grande que el fino, por depositarse aquél más pronto; en tanto que éste es transportable por corrientes de un milímetro por segundo. De todos modos, la cuestión capital es la desecación, pues influye en el transporte y en la virulencia.

Trata también Flügge de la posibilidad de la infección en las operaciones antisépticas, realizada con los infectantes bucales y nasales del operador, de los auxiliares, del mismo enfermo en sus esfuerzos, así como por el inevitable movimiento que hay en la sala. Para evitar en parte estos inconvenientes, algunos cirujanos alemanes operan cubriéndose la cara con un velo.

Bergmann—*Dos casos de balas en el cerebro.*—(Soc. de Med. de Berlin).

El primer caso se refiere á una criada de servicio que presento, la cual, el 22 de Octubre de 1897, al limpiar un revólver de 9 milímetros se le disparó, penetrando la bala por el ángulo interno del ojo izquierdo. La paciente estuvo un cuarto de hora sin sentido. Por la herida salía mucha sangre, y también salía por la nariz y por la boca. Había además, intensos dolores en la región parietal, en el ojo derecho y en la mitad de la cara del mismo lado. La mujer entró en la Clínica el mismo día del accidente. El pulso era regular, tenso y con una frecuencia de 55 por minuto; existían violentos dolores de cabeza, sobre todo, en el lado derecho; había también exoftalmía en este lado, pero la facultad visual se conservaba intacta. Más

adelante se hizo aún menos frecuente el pulso sin pérdida de conocimiento. La temperatura subía á veces hasta 38 á 39º. Al octavo día el pulso estaba á 42º, el día décimoquinto había papila ectásica y hemorragia en la retina izquierda; el día vigésimo había desaparecido la exoftalmía; el día trigésimo se paralizó el recto externo del lado derecho, pero esta parálisis retrogradó, y hoy no existe diplopia. En la papila del ojo derecho hay signos de alteración cicatricial. En la actualidad no existe ninguna otra alteración. Con las dos radiografías que presenta, se ve que el proyectil se encuentra actualmente en el lóbulo occipital derecho. Los fenómenos que observó la paciente después de recibido el disparo son de compresión, y deben atribuirse en parte al derrame sanguíneo, en parte á su absorción, á la impregnación del espacio subaracnoidal, etc.

El segundo caso se refiere á un comerciante, de veinticinco años de edad, que hace tres recibió un tiro disparado con un revólver de 7 milímetros. La bala penetró por la región temporal derecha. El sujeto estuvo tres días sin conocimiento, y con parálisis de la mitad izquierda del cuerpo; había sordera del oído izquierdo y ceguera de ambos ojos, pero la vista se recobró á los cinco días. Con la electricidad y otros medios mejoraron mucho las parálisis, quedando tan sólo paresia muy ligera del facial izquierdo, debilidad del brazo y el síntoma de arrastrar un poco el pie del mismo lado. Desde hace medio año padece el enfermo de violenta cefalalgia, que se acentúa más en el lado derecho al inclinar la cabeza hacia adelante. En la esfera psíquica no hay ningún trastorno. Las dos pupilas tienen el mismo diámetro y reaccionan con prontitud; el fondo del ojo está normal, pero hay hemianopsia izquierda. En los demás sentidos no hay ningún trastorno; la musculatura del brazo izquierdo está más flaca que la del derecho; el codo y los dedos están en flexión. En el lado izquierdo persisten los trastornos de la sensibilidad; está disminuída la táctil en la nariz y en la frente; la dolorosa también es menos acentuada, y el sentido de la temperatura está completamente extinguido. La lesión asienta en el límite entre los dos primeros tercios, y el último de la cápsula interna sobre el tálamo óptico, como lo confirman las dos radiografías obtenidas.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Junio 15 de 1898 Nº. 11

PERIOSTITIS ALVEOLAR

Por el Dr. **A. Palermo**

(Extracto de una conferencia de la Sociedad Odontológica. 6. VI. 98)

Muchas veces he encontrado en los textos de Anatomía y Patología especiales, que la riqueza *vásculo-nerviosa* del periostio alveolar predispone el órgano á las inflamaciones. No estoy de acuerdo con esta teoría porque muchos otros órganos son tan ricos ó más en vasos y nervios, y sin embargo, son no solamente menos susceptibles á las enfermedades sino que la resistencia á las infecciones, como la fagositosis de Menttchnikoff, ó fuerza defensiva contra todo enemigo, son mucho más poderosas que en los órganos menos ricos en vasos y nervios. En vez de juzgar la riqueza vásculo-nerviosa como condición predisponente del periostio alveolar á las enfermedades, debería juzgarse como arma poderosa de la membrana para defenderse enérgicamente contra los repetidos ataques que con fuerza considerable le vienen frecuentemente dirigidos de sus enemigos.

El periostio tiene forma cónica, como la raíz que rodea, con vértice que responde al ápice de la raíz y base al cuello del diente. Los agentes patógenos pueden atacarlo, sea en su ápice por el canal radicular, que constituye el camino principal, sea en su base por el borde gingival.

La periostitis alveolar crónica ó lenta y continua inflamación del periostio alveolar, puede depender de una periostitis aguda ó afectar desde un principio la forma crónica. Cuando depende de una inflamación aguda es porque la causa persistente ha disminuído su acción ofensiva frente á la mayor fuerza adquirida por los elementos periósticos en lucha con sus adversarios.

Cuando del estado crónico pasa al agudo, la causa existe entonces en nuevos agentes patógenos penetrados en la membrana ó nuevas substancias de irritación llevadas al sitio. Estados especiales del organismo en general también pueden contribuir.

Cuando la forma es crónica desde un principio, indica ó la presencia de substancias no muy irritantes, ó una fuerte constitución de la membrana. La constitución perióstica varía desde la más fuerte hasta la más débil muy gradualmente.

Yo divido, señores, la periostitis crónica en *parcial* y *total*, subdividiendo la parcial en *apical* y *basal*; porque me parece que la denominación de *periostitis crónica con abceso alveolar*, *con quiste*, *ó con hipertrofia simple* de Dubois y las otras denominaciones, no explican bien si el periostio está atacado parcial ó totalmente, ni si la enfermedad parcial está limitada al ápice ó á la base ni si la total proviene del canal de la raíz ó del borde gingival conservando la pulpa su vitalidad. Me ha parecido necesaria esta división también bajo el punto de vista terapéutico.

La periostitis crónica basal es la menos importante por la facilidad con que se puede tratar cuando la extracción no está indicada. La inactividad funcional predispone á esta clase de periostitis, como puede acompañarse ó depender de la periostitis crónica apical.

Las raíces necrosadas, la carie del cuello, la falta de antagonistas, las concreciones salivares acumuladas por varias causas, etc., preparan el terreno á los agentes in-

fecciosos que hallando materiales para su alimentación evolucionan y con sus productos tóxicos afectan el borde gingival y la base del periostio.

La hipertrofia es la afección más común que se observa en este órgano cuando es de origen basal.

En el periostio atacado de hipertrofia se observa á más de materias grasas, un cambio de forma y número de sus elementos fijos.

Las células, de forma más ó menos redonda comprimidas por los elementos, toman forma alargada. La membrana en estos casos se halla modificada bajo todos los aspectos. Su volumen es considerablemente aumentado por la hipergenesis; la compresión recíproca engendra un cambio morfológico en los elementos fijos, los vasos son más grandes y más numerosos y la fisiología, como la anatomía patológica, varía también con la intensidad de la alteración.

Si la alteración es de poca intensidad, en los cementoblastos se aumenta el poder fisiológico normal y depositan alrededor de la raíz mayor cantidad de sales terrosas que en el estado normal, dando así lugar á la excementosis; en cambio si la alteración es más intensa los cementoblastos se multiplican y producen un segundo orden de células que se llamarían cementoclastos ú órgano absorbente, porque estas nuevas células, productos de la alteración de los elementos normales, desempeñan un rol completamente opuesto al de sus padres que producen mientras ellos absorben.

Estos fenómenos de absorción y producción de cemento pueden alternarse, lo mismo que pueden aumentarse ó disminuirse los fenómenos alterantes, dependiendo directamente de ellos. Así, cuando la causa disminuye su intensidad, las cementoblastos volviendo á sus funciones normales, absorben los neo-cementos (cemento-clastos) por ellos mismos producidos y vuelven á depositar nuevas sales sobre la raíz que sus hijos absorbían.

La reabsorción radicular de los dientes caducos sirve de excelente guía en la explicación de estos fenómenos; la causa próxima es idéntica, siendo solamente diferente la causa inicial.

La periostitis crónica apical es la más importante por su frecuencia y su gravedad.

El canal radicular es el enemigo más grande del periostio alveolar. En efecto, la mayor parte de las veces la periostitis crónica (y la aguda también) es debida al canal pulpario.

La pulpa, muerta, á consecuencia de un traumatismo, de la colocación de coronas metálicas, de carie de 2º grado obturada sea con cemento, sea con amalgama, oro, etc., entra en putrefacción, y las substancias pútridas y gases fétidos que resultan de la fermentación, no tienen otra salida que el foramen del ápice de la raíz.

Estos agentes irritantes, en contacto con el periostio, alteran sus vaso motores. los cuales perdiendo su fuerza reguladora sobre la circulación, dan lugar á una dilatación vascular, y se produce el aflujo de sangre que precede siempre la emigración *célulo plasmática* de Conheim.

Las causas citadas pueden dar lugar á una periostitis aguda ó crónica En los casos agudos se forma el abceso que ordinariamente se abre en la boca, quedando así eliminados todos los agentes irritantes, ó por lo menos la mayor parte; pero no tardan en evolucionar los que quedan ó formarse nuevos agentes de irritacción, los cuales hallándose con menos fuerza ofensiva frente á los elementos periósticos ya vacunados por las tóxinas, y por consiguiente aguerridos y protegidos, son eliminados por una lenta y parcial inflamación que continúa mientras que el foco de infección no sea destruído completamente por un tratamiento apropiado.

No explico el fenómeno de la coloración obscura del diente necrosado, porque todos saben que las substancias colorantes de la sangre (la hemoglobina especialmente), penetrando en las *vainas de Neumann* dan al diente el color característico de esta enfermedad.

La carie de cuarto grado es la causa más frecuente de la periostitis crónica. Proviene entonces de los restos de una pulpa descompuesta ó la acumulación de substancias alimenticias y líquidos bucales en fermentación en los canales.

La obturación de los canales es causa de periostitis crónica en los casos que las substancias de obturación no han llegado al ápice, sea por anomalía de las raíces, sea por poco cuidado del operador, y en los casos que las mismas substancias han pasado el ápice por demasiada

presión. No hablo de los casos en que operadores poco cuidadosos obturan hasta caries de cuarto grado sin ocuparse de los canales.

La periostitis crónica apical puede presentarse con hipertrofia simple de la membrana, con abceso alveolar ó con quiste. El abceso crónico da lugar casi siempre á la formación de un quiste.

Los autores dividen, así el abceso como el quiste, con fístula y sin fístula. El abceso da una cantidad de pus proporcionada á la intensidad de la inflamación y su color depende de la predominación de un agente patógeno sobre otro. En el pus de color blanquizco predomina el *staphylococcus pyogenes albus,* mientras en el amarillento es el *staphylococcus pyogenes aureus.* El *bacilo piocianico* da al pus un color azulado. El pus de color obscuro es frecuente en las inflamaciones agudas, porque es debido á los *hematias* que emigran con los otros elementos.

Ordinariamente el pus sale en el vestíbulo de la boca, haciéndolo empero también, cuando inserciones musculares le interceptan el camino ó láminas delgadas de tejido óseo le facilitan otro curso, en la cara, debajo del mentón, en el paladar, en el seno maxilar, en las fosas nasales, en la fosa pterigoidea, etc. La fístula puede ser temporaria ó permanente, según la cantidad de pus proporcionado por la inflamación.

El quiste radicular puede depender del abceso crónico ó de la hipergenesis de los elementos periósticos sometidos á ligera y prolongada alteración.

Cuando depende del abceso comúnmente el quiste es purulento; cuando no es casi siempre seroso, formado por las serosidades que se acumulan con los neo-elementos.

Malasser, pretende que el quiste sea un producto de restos epiteliales de la época folicular, mientras Rothmann rechaza la teoría de Malasser, diciendo que es excepcional la presencia de elementos epiteliales en la capa interna de los quistes, porque en cinco casos que él ha observado, no los ha encontrado más que en uno solo, y que por lo tanto considera el quiste siempre como un resultado de la periostitis crónica.

Efectivamente el quiste no es más que un neoformacion del periostio de origen inflamatorio. En las infla

maciones crónicas hay siempre sobreactividad funcional de los elementos por mayor actividad circulatoria. Son siempre las substancias irritantes penetradas por el canal que provocan la hipergenesis célulo-fibrosa y dan lugar á la formación del quiste que según Wedl está compuesto de tres capas: externa, media é interna.

El tratamiento de la periostitis crónica, limitada en la base ó total de origen basal, con pulpa viva, es diferente según su origen.

La piorrea alveolar está destinada para otra conferencia.

La avulsión está indicada en los casos de reabsorción alveolar muy avanzada y de dientes expulsados en gran parte por falta de antagonistas.

Cuando la reabsorción es limitada á una de las raíces de los dientes multiradiculares, especialmente superiores, Black aconseja la amputación de la raíz entera, haciendo una serie de agujeros para facilitar la resección completa. Cuando la causa es la falta de antagonistas, se colocan éstos y se ordenan lavajes de cloruro de zinc al 1/200, con aplicaciones de iodo, tres veces al día. Los casos producidos por concreciones salivares se curan con la extracción del sarro y los lavajes astringentes y desinfectantes del cloruro de zinc ó clorato de potasio, ordenando al mismo tiempo al enfermo un dentrífico apropiado que usará, con un cepillito blando ó regular según los casos, todas las mañanas. Se suprimirán inmediatamente los ganchos metálicos, coronas de oro, etc., cuando son ellos la causa de la periostitis crónica y se tratará igual que los otros.

El cloruro de zinc me ha dado siempre espléndidos resultados para combatir las afecciones periósticas. Uso también el clorato de potasio y el nitrato de plata á veces. No hago nunca uso de los ácidos ni del bióxido de hidrógeno por la acción decalcificante que ellos tienen sobre los tejidos dentarios.

Los tratamientos aconsejados por los autores en la periostitis crónica apical son muchos: Magitot aconsejó el tratamiento paliativo, consistente en la obturación del diente, dejando el canal de la raíz abierto por medio de una sonda que se extraería después de la obturación.

Este método está abandonado hoy día, porque si el

canal sirve de salida á los líquidos y gases provenientes del periostio enfermo, sirve también de entrada á los parásitos y líquidos de la boca.

Martin es partidario de la amputación del ápice de la raíz, sometiendo el enfermo á una anestesia general por el protóxido de ázoe. Atkinson lo mismo. Tiene muchos inconvenientes este tratamiento... La amputación de toda la raíz, recomienda Black; y después Coleman. Feulks. Sibler, Pietkiewicky, Wedl. David, Bermondy, Syons, etc.. aconsejan quien la fístula gingival artificial, quien el tratamiento por el canal solamente, quien el ingerto dentario. etc.. etc.

Soy muy partidario del tratamiento por el canal, porque los muchos casos en que he tenido que tratar me han dado siempre buenos resultados, y por consiguiente nunca me he visto en la necesidad de recurrir á esos medios heroicos de algunos autores.

Dos casos merecieron especial atención de parte mía por su gravedad; uno por las condiciones del abceso y otro por la constitución diatésica del enfermo y el estado del quiste. En pocas palabras; los voy á referir:

El primero. en una señora española de nacionalidad. era un abceso crónico del incis. lat. sup. izq. con pus endurecido por absorción de los líquidos efectuada por los elementos del periostio.

La creosota, después de haber bien lavado y abierto el canal hasta el ápice, pero sin pasarlo con la fresa de Gates, no dió los resultados deseados; entonces me decidí á abrir más el canal hasta tocar el periostio y hacer uso del hidroxibenzol. del cual obtuve todo lo que deseaba; liquefacción del pus á consecuencia de una pequeña reacción inflamatoria y salida del mismo por el canal bien abierto; y así en menos de un mes de tiempo el periostio se hallaba perfectamente sano. Tengo que hacer notar pues, que el fenol no lo usé más que tres veces en el término de una semana, volviendo después á hacer otra vez uso de la creosota.

El segundo caso, es del año pasado. Voy á citar de este caso, solamente los puntos más importantes. Se trataba de un quiste seroso de vieja data de la raíz del incis. cent. sup. izq.

La señora E. M. de B.—quien desea el nombre no

tengo inconveniente de hacerlo conocer particularmente, — argentina, anémica, de 43 años de edad, presentaba toda la región alveolo-gingival sup. izq. muy congestionada y tumefacta á causa de varias raíces necrosadas, las cuales extrage todas con quistes radiculares.

La raíz del incis. med. izq. si bien atacada igualmente de periostitis crónica, estaba todavía sólidamente implantada

Manifesté á la señora que para el trabajo á puente que ella deseaba, era necesario salvar la raíz cuyo tratamiento era muy largo.

Conforme ella con lo que le dije, empecé el tratamiento. Agrandé el canal, después de haberlo bien lavado, hasta el ápice de la raíz tocando el periostio. Una regular cantidad de líquido seroso siguió á la fresa de Gates que vino á completar mi diagnóstico de *quiste radicular* con el adjetivo *seroso*. Después de grandes irrigacioneo al permanganato de potasio al 1/200 hice la aplicación, con una mecha de algodón, de una pequeña cantidad de cloruro de zinc puro.

Un algodoncito embebido en una solución de sandarac al alcohol me sirvió como obturador del orificio del canal para protegerlo del ambiente exterior. Al día siguiente me dijo que había tenido dolores durante dos horas más ó menos y una regular inflamación aguda se había producido en el periostio. Al quitar los algodones una cantidad mayor de líquido seroso que el día anterior salió por el canal. Desde ese día hice siempre irrigaciones de cloruro de zinc al 1 % y aplicaciones de creosota sobre mechas de algodón. Lavajes de cloruro de zinc al 1/200 dos veces al día y algunas aplicaciones de tint. de iodo sobre la encía correspondiente, le ordené durante el tratamiento. Por el término de un mes y medio el líquido seroso siguió siempre saliendo por el canal consecutivamente á la extracción de los algodones, notándose pues cada día más una ligera mejoría sobre la encía correspondiente y una diminución cuantitativa de líquido seroso, hasta que al cabo de dos meses estuvo completamente sana, para proceder á la obturación que hice, obteniendo los mejores resultados. Tengo que decir la verdad, y es, que estuve varias veces por desanimarme y probar la trepanación alveolar; la

constitución del enfermo me hizo dudar de su resultado, temiendo complicaciones.

Así, habiendo obtenido los mejores resultados con este tratamiento, no puedo hacer menos que estar de acuerdo con los autores que estiman como mejor el tratamiento de la periostitis crónica apical por el canal de la raíz, en todos los casos que sea posible por este camino.

Y eso es casi siempre. Muchos insucesos son debidos ó á la poca constancia del enfermo ó á la poca paciencia y cuidado del operador.

Es condición indispensable abrir bien el canal, sin temor de sobrepasar el ápice, para dar libre paso á los productos purulentos ó serosos de la membrana y poder tener continuamente la región en estado aséptico. Medicamentos enérgicos se emplean al principio, como excitantes del periostio. Es mucho más fácil conservar la asepsia en el canal que en una fístula artificial, dadas las condiciones del ambiente en que nos encontramos.

En los casos que no es posible el tratamiento por el canal, los que son muy pocos y habiendo mucha necesidad de salvar el diente ó la raíz, y el enfermo se presta, prefiero el injerto por restitución á las amputaciones en sitio.

PODER ANTISÉPTICO DE LA PLATA

Lösliches metallisches Silber als Heilmittel, Klin. Therap. Wochenschr Nº 14, 98

B. Credé, cirujano de Dresden (Alemania) se ha dedicado desde algunos años atrás al estudio del valor de las sales de plata como substancias antisépticas. Las sales más conocidas de este metal no se prestan para este objeto. Credé ha hecho preparar y ha ensayado con excelente resultado el lactato de plata que ha bautizado *Actol* y el citrato de plata al que ha llamado *Itrol*. Pero las intenciones de Credé no eran aumentar con varios nuevos compuestos la lista ya larga de antisépticos útiles, sino encontrar substancias antisépticas enérgicas

no tóxicas que pudieran ser incorporadas fácilmente al organismo, circular en él é influenciar directamente los tejidos infectados.

El actol y el itrol se mostraron defectuosos en este sentido. Credé, trató entonces de introducir al organismo *plata metálica en forma líquida*, pensando que los compuestos argenticos que se formen en el organismo deben tener el poder antiséptico de todas las sales de plata. La dificultad de obtener plata metálica soluble en agua parecía á primera vista insuperable, pero le fué posible á Credé obtener un preparado de plata metálica soluble en el agua y en líquidos albuminosos. Este preparado, fabricado por Heyden en Dresden, recibió de su nventor el nombre de *argentum colloidale*. Ha sido estudiado más tarde por Düsterbehn, Liebreich y von Meyer. Este cuerpo, introducido al organismo parece poseer acción bactericida en ciertas infecciones.

La observación clínica mostró que la acción curativa de la plata soluble se marca sobre todo en las infecciones producidas por estafilococos y estreptococos, aunque los estudios de laboratorio habían hecho ver claramente su influencia destructora para muchas clases de microorganismos. Es claro que sucede con la plata lo mismo que con todos los remedios: si la enfermedad es demasiado avanzada no se consigue la curación. Pero en los casos agudos, en los que no ha habido todavía alteraciones de órganos importantes, se nota una acción favorable y aun muy á menudo un éxito rápido, sorprendente.

La plata soluble, cuando está en contacto con otros cuerpos se altera fácilmente transformándose en plata insoluble, desprovista de todo valor terapéutico. A fin de evitar que se hicieran experiencias con productos defectuosos que sólo podrían perjudicar el nuevo remedio, sólo entregó Credé al principio á la venta una pomada de plata, de composición secreta.

En su último trabajo, considerando ya afianzado el éxito del nuevo remedio, publica C. la fórmula de la pomada y las indicaciones para su empleo y el de la plata soluble en general.

Esta pomada se prepara de una manera semejante á la de la pomada mercurial. Contiene 15 % de plata soluble, 10 % de cera añadida al axunjeo y un poco de éter benzoado. Sacudiendo esta pomada con agua destilada, debe ce-

derle plata soluble. La dosis para un adulto es de tres gramos, para un niño de un gramo. Se aplica sobre la piel previamente lavada y se frota hasta que haya desaparecido completamente. La piel toma un color sucio, se enrojece más ó menos y su temperatura se eleva algo. En un individuo normal, se obtiene generalmente la absorción en 20-25 minutos. Credé prefiere para las fricciones la espalda, nalga y muslo, pocas veces emplea el brazo ó la pierna. Cree que más ó menos dos tercios de la pomada entran á la piel, donde es fácil mostrar su presencia en cortes microscópicas.

Esta dosis de tres gramos de pomada es suficiente para vencer un proceso *agudo* leve ó de mediana gravedad; así por ejemplo, un flemón ó una linfangitis con linfadenitis consecutiva á un panadizo, mejora 12-15 horas después de la fricción para desaparecer á las 30-40 horas. El estado general empieza á mejorarse á las 6-10 horas, es decir, una vez que no se producen más toxinas y que empiezan á disminuir las existentes, lo que se nota sobre todo por la vuelta del sueño y del apetito.

Si la infección es grave será necesario repetir las fricciones dos ó tres noches seguidas. Los focos purulentos que se formen á consecuencia de la infección serán menos graves y una vez abiertos curarán con sorprendente rapidez. En casos crónicos será necesario repetir las fricciones 5-20 veces.

Los mismos resultados se obtienen en las septicemias, osteomielitis incipientes, anginas flegmonosas, bronquitis fétidas, furunculosis, erisipela, fiebre puerperal, etc.

La administración por vía bucal dió resultados menos marcados. Credé recomienda píldoras compuestas de 0,01 gramos de plata soluble, 0,10 gramos lactosa y glicerina y agua c. s., en las píldoras así compuestas se conserva la plata en estado soluble. Dos ó tres veces al día se toman dos píldoras. Se obtiene así una mejoría del estado general. Las píldoras tienen además un efecto tónico, no producen argirosis; colorean á veces las materias fecales de obscuro.

Píldoras algo más grandes (de 0,05 gramos) introduce Credé en cavidades supurantes sépticas, fungosas, tuberculosas de los huesos ó de las partes blandas; en la caja del tímpano en las otitis medias supuradas. Además, coloca varias píldoras en la cavidad peritonal cuando la intervención ha sido complicada ó cuando ya al operar existía un estado inflamatorio.

En solución hipodérmica (1:200) la plata soluble da resul-

tado en todos aquellos procesos fungosos y tuberculosos en que hasta el presente se hacían inyecciones de glicerina yodoformada.—La inyección subcutánea es completamente indolora. En solución al 1:200 á 1: 1000 puede emplearse la plata para lavajes, colirios, irrigaciones, etc.

En líquidos que contienen 1 á 2% de albúmina, la plata soluble permanece en solución, aun cuando se añade cloruro de sodio y ácido clorhídrico. Debido á esta propiedad la plata soluble puede atravesar al estómago y ejercer su influencia en el tubo digestivo. Es conveniente, sin embargo, administrarla solamente cuando el estómago está vacío.

Las soluciones son insípidas, bien soportables, pero suelen producir una ligera constipación. Credé ha visto buenos resultados en catarro intestinal infeccioso, tuberculosis generalizada, reumatismo gonorreico y gonorrea.

Credé ha administrado á muchos enfermos por vía de ensayo y durante semanas, un gramo de plata soluble por día, sin ver jamás efecto nocivo ni argirosis. La plata soluble estimula al organismo, aun en aquellos casos en que no puede esperarse una acción sobre la causa misma de la enfermedad.

Hasta ahora sólo podíamos hacer absorber por el organismo en estado metálico, un solo metal: el mercurio, que constituye un específico contra una de las infecciones más frecuentes y tenaces y no es sin acción sobre otras muchas infecciones. Desde que Credé ha conseguido hacer la plata metálica fácilmente absorbible para el organismo, es lícito suponerle una influencia eficaz sobre el organismo enfermo que quizá sea de tanta importancia como la del mercurio. Las observaciones clínicas de Credé hacen esperar que este metal adquirirá un lugar importantísimo en terapéutica.

REVISTA DE LA PRENSA

H. Ruge—*Investigaciones anatómicas y químicas sobre el «liseré» plúmbico.* (Deutsch. Arch. f. klin. Med.)

El liseré gingival del saturnismo merece ser colocado entre los síntomas patognómicos: su constatación fácil, su aparición precoz, su producción casi infalible hacen de él uno de los signos más importantes de la intoxicación saturnina. En

algunos casos revela al clínico un diagnóstico que ningún otro síntoma permitía establecer: tal cosa sucedió en la observación de Garrod, en la cual un enfermo, llegado ya al período de caquexia, no presentó en su historia ningún indicio de saturnismo: el liseré gingival hizo posible el diagnóstico y fué más tarde posible descubrir el mecanismo del envenenamiento: el enfermo tomaba desde mucho tiempo atrás rapé conservado en un recipiente de plomo.

¿En qué punto del tejido gingival y por qué mecanismo se forma el liseré plúmbico? Es lo que el autor ha tratado de establecer con ayuda de exámenes histológicos, conformándose á una técnica especial destinada á respetar los depósitos intersticiales.

Los cortes le han demostrado que estos depósitos formados de granulaciones negruzcas, ocupan exclusivamente las papilas de la mucosa gingival, más exactamente, el endotelio y la vecindad inmediata de los capilares situados en el vértice de las papilas; en el resto de la mucosa no existen trazas. Estas granulaciones están constituídas por sulfuro de plomo.

En cuanto al modo de formación de esta sal, el autor la interpreta de la manera siguiente: la sangre del saturnino encierra en estado soluble un compuesto plúmbico, probablemente un albuminato que impregna todo el aparato circulatorio y en particular el sistema de los capilares. Al nivel de la mucosa bucal y gingival, este plomo soluble se halla en contacto con las emanaciones ó infiltraciones sulhídricas desprendidas de los alimentos y por las partículas alimenticias secuestradas entre los dientes: de ahí la formación de sulfuro de plomo, sal insoluble que precipita y se fija al nivel de las paredes de los capilares y de preferencia en las papilas que son muy vasculares.

Si este mecanismo es el verdadero, el depósito plúmbico debería formarse igualmente en los demás puntos del organismo en que el sistema capilar de las mucosas se halla en presencia de emanaciones sulfhídricas: es lo que sucede precisamente en el intestino grueso. Pitt ha referido el caso de un saturnino cuya mucosa cólica y rectal presentaba una pigmentación tan intensa que parecía completamente negra; el análisis químico demostró que la pared intestinal encerraba cantidades notables de plomo.

C. E. Ide—*Método simple y exacto para avaluar la cantidad de hemoglolina.* (Arch. gen de Médecine, 1898).

Se hace sentir la necesidad para los clínicos de un método simple y exacto para determinar la cantidad de hemoglobina en la sangre, método que hasta el presente no existe.

El método de Henocque no es práctico á causa de la gran cantidad de sangre que requiere.

Los métodos más empleados son los de Fleischl y de Gowers. Pero, además de exigir aparatos costosos, reposan sobre apreciaciones de tintes que hacen que estén sujetos á errores bastantes grandes.

Un método más exacto es el basado en la densidad de la sangre.

La relación entre la hemoglobina y los elementos sólidos de la sangre es, según Hoppe-Seyler de 50 por 100 en el hombre, un poco menos en la mujer. Las variaciones en la cantidad de hemoglobina repercutirán sobre la densidad de la sangre, puesto que esta densidad varía, sobre todo con la cantidad de elementos sólidos ó celulares.

Además, una de las propiedades más características de la sangre es la de mantener su densidad, lo que ha sido comprobado experimentalmente. Según Koch y Schlesinger, pueden sobrevenir cambios notables en la densidad total de la sangre, sin que se modifique la del suero.

Según esto, se ve que es fácil deducir de la densidad de una muestra de sangre, el tanto por ciento de sus elementos sólidos y de su hemoglobina.

La densidad de la sangre de los individuos sanos varía de 1052 á 1062 en el hombre y 1045 á 1070 en la mujer. Según Howell, ella es de 1041 á 1067 en el hombre, término medio 1045. Hammerschlag da las cifras siguientes: hombres 1057 á 1052, mujeres 1053 á 1061.

Según Jones, la densidad de la sangre varía con la edad y con el sexo, disminuye después de las comidas, aumenta por el ejercicio, disminuye lentamente durante el día, sube durante la noche y varía mucho según los individuos, tanto que una densidad normal para un individuo puede ser patológica para otro.

La relación de la cantidad de hemoglobina á la cantidad total de la sangre es de 14 por ciento.

Según Jones, Hammerschlag, Schmaltz y otros, la densidad

de la sangre está en una relación más constante con la hemoglobina que con el número de glóbulos rojos.

Es de 1839, que datan los primeros estudios sobre la relación de la densidad de la sangre con la cantidad de hemoglobina y entre los primeros observadores se hallan Ray, Jones, Shewington, Capeman, Schlesinger, Busch, etc.

Diversos métodos han sido empleados para determinar la densidad de la sangre. En 1873, Haro la calculaba haciendo pasar sangre al través de un tubo estrecho; la sangre que pasaba más ligero era la más pesada.

Schmaltz la calculaba con balanza.

Fano, en 1882, sumergía sangre en una solución acuosa de goma á la que añadía sea agua, sea una solución más espesa hasta quedar en equilibrio la sangre. En seguida tomaba la densidad de esta solución.

Roy empleó el mismo principio en 1884, pero empleaba soluciones salinas contenidas en una jeringa hipodérmica modificada. Calculaba la densidad de la sangre en 1035 á 1075. Jones, con soluciones de glicerol en agua halló 1027 á 1075. Landois, con soluciones de sulfato de sodio encontró 1050 á 1070. Dastre empleaba una mezcla de cloruro de carbono y aceite de olivos que no se mezcla con la sangre y no se coagula.

El último método, el más recomendable y el más sencillo es el de Hammerschlag. Los útiles necesarios son sencillos, baratos y muy portátiles. Consisten: 1º, en una probeta, 2º, un densímetro para agua ú orina, 3º, una pipeta de pequeño calibre, 4º, una *varilla* de vidrio, 5º, algunas plumas de acero, 6º, un frasco de cloroformo, 7º, una botella de benzol, 8º, una botella con una mezcla de cloroformo y benzol, y 9º, papel de filtro.

La manera de proceder es la siguiente: La mezcla de cloroformo y benzol (partes iguales) es echada á la probeta; se lava el índice del enfermo con agua fenicada, después se pincha con una pluma pasada por la llama; la gota de sangre que sale de la picadura es aspirada en la pipeta y llevada después suavemente al centro de la mezcla y abandonada allí (para evitar la introducción de aire no debe esprimirse toda la sangre de la pipeta); si la gota de sangre cae, el líquido debe hacerse más denso con la ayuda del cloroformo; en el caso contrario se debe añadir benzol. Después se remueve el líquido con la *varilla* de vidrio para que la mezcla sea homogénea, teniendo cuidado de no deshacer la gota de sangre.

Cuando la gota está en equilibrio, su densidad es igual á la del líquido y se mide ésta con el densímetro. La mezcla puede servir indefinidamente; basta filtrarla después de cada ensayo.

Este método es muy sencillo, muy exacto y al alcance de todo el mundo. La temperatura del cuarto no influencia los resultados según Roy, Jones y Hammerschlag.

El problema consiste ahora en construir una tabla que indique el tanto por ciento de hemoglobina correspondiente á la densidad así hallada. Hammerschlag ha construído esta tabla, pero sirviéndose del instrumento de Fleischl, que no es exacto He aquí las cifras de Hammerschlag:

Densidad	*Hemoglobina*
1033 á 1035	25 á 30 %
1035 » 1038	30 » 35 »
1038 » 1040	35 » 40 »
1040 » 1045	40 » 45 »
1045 » 1048	45 » 55 »
1048 » 1050	55 » 65 »
1050 » 1053	65 » 70 »
1053 » 1055	70 » 75 »
1055 » 1057	75 » 85 »
1057 » 1060	85 » 95 »

Con tablas más exactas se podrían obtener resultados que darían, en ciertos estados patológicos, indicaciones preciosas para el clínico.

G. Ryerson Fowler.—*Nuevo método de cura radical de hernias inguinales.*

R. F., después de haber constatado que es ventajoso desnudar hasta muy arriba el saco, para evitar la formación de un infundibulum en la parte superior del trayecto y aun fijar el muñón á la pared posterior, busca el mejor procedimiento para obtener una pared abdominal absolutamente sólida.

He aquí lo que propone:

En enfermo en posición de Fredelenburg; incisión paralela primero al borde superior del pubis, que se eleva en seguida hacia afuera paralelamente al arco de Falopio, ó sea una incisión curvilínea, con concavidad superior. Incisión de la aponeurosis del oblicuo mayor hasta el anillo inguinal interno

Se aisla entonces el saco y el cordón de abajo para arriba; se abre el saco y se reduce su contenido, después se secciona el saco al ras de la pared abdominal y se mantiene su orificio abierto con pinzas.

En este momento, después de haber hecho una doble ligadura de la epigástrica, se introduce el índice en el peritoneo por el cuello del saco y sobre el índice se corta con tijeras toda la pared posterior, peritoneo, plano fibroso y epigástrico entre las dos ligaduras.

Se empuja entonces el cordón al peritoneo; después se sutura éste adosando las superficies serosas, se cierra en seguida la pared por varios planos. La sutura peritoneal debe hacerse de modo que cierre arriba el orificio abdominal y llevar abajo el cordón hasta detrás del pubis, se levantará ligeramente para franquearlo.

L. Ferranini: *El hambre en los neurasténicos.* (Reforma Médica).

Los neurasténicos caen á veces repentinamente presos de una gran debilidad, la que llega, especialmente después de esfuerzos musculares ó intensos trabajos mentales, hasta la absoluta falta de fuerzas; la cara se pone pálida y afilada, las rodillas se doblan, la cabeza se siente vacía y pesada, á menudo aparece un sudor frío y vértigos. Naturalmente este estado es más ó menos marcado según los individuos. Benda (de Berlín) cita un joven comerciante que muy á menudo se veía reducido á la tarde á una debilidad tal que no podía regresar sin ayuda á su casa.

En algunos enfermos el pulso se hace débil é irregular, unas veces rápido, otras lento. En otra serie de casos desaparecen los fenómenos somáticos y persiste una gran irritabilidad acompañada de una sensación de malestar general: enfermos de carácter enteramente pacífico se ponen repentinamente furiosos.

Sorprende que estos ataques no sobrevienen nunca inmediatamente después de comer.

Es comprensible que estos ataques no dejan de alarmar al enfermo y á su familia. Sin embargo, no coexiste ninguna otra enfermedad local ó general (cardiopatías, diabetes, etc.)

que pueda explicar una postración tan grande. En todas las observaciones de Benda se trataba de neurasténicos de grado leve ó mediano.

Quizá se podía decir que el sindroma descrito es idéntico al conocido de mucho tiempo atrás con el nombre de vértigo gástrico. Pero éste tiene su origen en una enfermedad del estómago; se debe pues, reservar el concepto de vértigo gástrico sólo para aquellos casos en que el estómago está orgánicamente alterado ó presenta una dispepsia nerviosa. En las observaciones de Benda faltaba absolutamente toda traza de lesión orgánica y sólo en un caso podía admitirse una ligera dispepsia nerviosa. Además, en el vértigo gástrico el síntoma capital y á menudo único, es el vértigo de donde toma también su nombre; mientras que en los casos de Benda el vértigo no era la nota característica, ni existía siquiera en todos los casos y en aquellos en que aparecía asumía simplemente la importancia de un epifenómeno. Finalmente, las perturbaciones no aparecían jamás después de la comida, al contrario de lo que sucede en el vértigo gástrico que suelen aparecer después de la ingestión de alimento.

Estudiando esta cuestión se llegaría fácilmente á la conclusión de que se trata de hechos de naturaleza neurasténica, si no interviniera á veces un síntoma, que por su naturaleza resuelve absolutamente la cuestión. Mientras que la mayor parte de los ataques descritos no están acompañados del apetito y hasta algunos producen cierta repugnancia para la comida, hay otros en que se nota una viva sensación de hambre. Estos ataques tienen muchísima semejanza con los que sobrevienen sin la sensación de apetito; en algunos individuos alternan las dos formas. Esto lo indujo á Benda á considerar las dos formas como debidas á la misma causa, el ayuno, aunque á menudo falta la sensación de hambre.

Así ha aconsejado á sus enfermos á comer algo apenas empiece á manifestarse un ataque, aun cuando no sientan ningún apetito.

El éxito justificó sus suposiciones. Apenas comían algo los enfermos se desvanecían todos los síntomas.

Y que el hambre era la causa, lo demostraba el hecho de que una comida abundante podía ser consumida y digerida sin ninguna molestia; esto sólo es posible cuando el estómago está vacío; además la vacuidad del estómago es la base fisiológica del apetito.

El hecho que la sensación de hambre no existe siempre, sino que á menudo queda latente podrá quizás explicarse admitiendo que es vencido por el estado de malestar general, como generalmente el shok físico ó síquico suprime el apetito. Esta explicación se hace más plausible aún, si se piensa que en general, en los neurasténicos el apetito es extraordinariamente caprichoso. Mientras que muchos sufren de anorexia en diferente grado, desde la absoluta aversión á todo alimento hasta la ligera inapetencia, otros tienen un apetito tal que llega hasta la bulimia, tanto que parece á veces que hubieran perdido la sensación de la saciedad. Estos diversos estados pueden encontrarse con corto intervalo de tiempo en el mismo enfermo que pasa de la bulimia á la anorexia.

La sensación del hambre, es pues, en los neurasténicos bastante variable y no es ya, como en los sanos, la expresión de la necesidad de restablecer las fuerzas y de sostener el organismo. Ni hay pues de qué admirarse porque en los casos referidos ha existido hambre, sin sensación de hambre, ó sea hambre sin apetito.

El hambre en estos casos no se manifiesta, como de costumbre, según la cantidad y calidad de los alimentos ingeridos después de un tiempo determinado, sino de golpe, á menudo una hora después de una abundante comida ó después de un intervalo extraordinariamente largo, acompañado de los graves disturbios arriba señalados.

Pero se podría objetar que la aparición de este estado tan poco tiempo después de la comida excluye la idea de que pueda tratarse de vacuidad del estómago. Pero de las interesantes observaciones de Binswanger, resulta que esto es posible. Binswanger ha conseguido demostrar que en algunos neurasténicos, el estómago está vacío ya, después de un lapso de tiempo normalmente insuficiente para terminar el proceso de la digestión. Por esta razón se admite una exagerada actividad motriz del estómago, parecida al peristaltismo intestinal exagerado. Benda no considera imposible que la rápida desocupación del estómago esté en relación con una hipersecreción gastrica, ya que aún en las condiciones normales la desocupación del estómago es debida al estímulo del aumento de la cantidad de ácido (Brücke). Y en los neurasténicos la hiperacidez no es un hecho raro y se explica teniendo en cuenta el aumento de todas las demás secreciones (sudor, orina, etc.)

Permaneciendo así los alimentos poco tiempo en el estómago sucede necesariamente que una parte de aquellas substancias que, como la albúmina, debían ser digeridas allí, pasen indigestas al intestino donde sufren un proceso incompleto de oxidación, de donde resultan productos tóxicos para el organismo.

Una parte importante del material nutritivo es así perdida y, si el *déficit* no es cubierto por una abundante introducción de hidrocarburos, se produce una hiponutrición que es agravada por la diminución de la absorción intestinal y de alimentación deficiente por parte de los tejidos. El organismo neurasténico en tales condiciones podría muy bien compararse con el organismo diabético. El problema de saber hasta qué punto obran en la neurastenia las condiciones químicas aguarda aún su solución.

El hombre en estado normal resiste durante largo tiempo sin grave molestia á la vacuidad del estómago. Su resistencia es proporcional á la edad, al sexo, á la constitución física. El hambre como todas las demás sensaciones molestas, debilita el organismo, deprime el humor habitual y engendra un malestar general. Lo mismo se observa, pero en grado mucho más marcado, en muchos neurasténicos.

Lo que caracteriza un organismo neurasténico en general, es su poca resistencia á los agentes más variados: á los más pequeños estímulos reacciona á veces con una violencia desproporcionada.

Es sabido que las impresiones síquicas, el trabajo intelectual, la fatiga material, el alcohol, el tabaco, los excesos venéreos obran sobre ellos con mayor fuerza y los debilitan más que á los sanos. Hasta un agente levísimo y apenas notado por el organismo sano, como son las variaciones meteorológicas, desconcierta extraordinariamente á los neurasténicos. Benda ha notado muy á menudo al acercarse una depresión barométrica, una agravación del estado general de sus enfermos y especialmente disturbios cardiacos.

Observaciones semejantes han sido publicadas por Löwenfeld, Krypiakiewicz y Greidenberg.

En presencia de esta fuerza mínima de resistencia no es de extrañar que en los neurasténicos, el hambre, que aún en el estado fisiológico perturba sensiblemente el sistema nervioso, consiga romper fácilmente un equilibrio tan instable.

Luciani dice que el sistema nervioso regula la economía del organismo y al sistema nervioso corresponde también la tarea de adaptar al cuerpo al estado de ayuno. Luciani ha podido demostrarlo á la evidencia en las condiciones normales, como en los ayunos de Tanner, Luci, Cetti, etc. Pero no siempre el sistema nervioso adopta esta actitud. Luciani ha demostrado experimentalmente que en el topo el sistema nervioso no posee la facultad de acomodar el cuerpo al estado de hambre. Estos animales después de un breve ayuno son atacados de un grave abatimiento y mueren pronto, mucho antes de agotar sus medios de reserva, como lo demuestra el peso de su cuerpo: no sucumben á la inanición, sino directamente al hambre.

Podemos pues explicar del mismo modo el estado de debilidad ya descrito: un sistema nervioso asténico no llena del todo ó sólo insuficientemente la función de regular la economía del organismo; el cuerpo no puede adaptarse al ayuno y cae en debilidad después de un espacio de tiempo que en un organismo normal sólo produciría una ligera incomodidad.

Normalmente en el estómago vacío se produce una perturbación nutritiva de los filetes del vago, lo que produce la sensación del hambre. En los casos de Benda debemos admitir una excitación anómala de los filetes del vago. Esta excitación se propaga á los filetes vasomotores del vago y llega así á la médula alargada, allí excita el centro vasomotor, lo que produce una anemia del cerebro que explica bastante bien el sindroma descrito.

Estas consideraciones son de utilidad para el tratamiento de la neurastenia. Los enfermos no saben darse cuenta de su estado, sobre todo, cuando falta la sensación de hambre.

Impresionados por sus ataques no se animan á salir más á la calle y los médicos que no llegan á comprender la causa de sus ataques, suelen diagnosticar las más variadas enfermedades cerebrales.

La terapia es muy sencilla. Basta que los enfermos tomen comidas frecuentes y fácilmente digeribles. Es esta una prescripción muy indicada en la neurastenia, puesto que ahorra al corazón las molestias provenientes de un estómago repleto. Es conveniente además que los enfermos tengan siempre consigo algo para comer, para el caso de un ataque repentino. Debe proscribirse en absoluto el uso de los analépticos, como alcohol, al que muy á menudo recurren los neurasténicos para

vencer su debilidad: los analépticos no sólo son inútiles, sino que por el estado de vacuidad del estómago resultan doblemente perjudiciales.

Es necesario además vencer la idea que solamente la carne es capaz de restablecer la fuerza en los neurasténicos. Para éstos el alimento más oportuno es el compuesto de poca carne y muchos hidrato de carbono. En todo caso debe evitarse el uso de las carnes que dan muchos productos tóxicos (venado) que por la constitución del organismo resultan doblemente nocivos.

R. Quain.—*Modo de producción del primer ruido del corazón.* (The Lancet).

El segundo ruido del corazón resulta de la tensión brusca de las válvulas sigmoideas causada por la resistencia que estas válvulas ofrecen al reflujo de la sangre de la aorta y de la arteria pulmonar al fin de la sistole. ¿Pero cuál es la causa del primer ruido? En este punto los autores, después de largas discusiones, han aceptado una teoría que da una explicación muy poco satisfactoria del fenómeno.

Hoy día se admite generalmente que este primer ruido es debido á la cerradura de las válvulas aurículo-ventriculares y á la contracción de las paredes ventriculares. Ahora bien; el primer ruído no puede ser debido á la acción de las válvulas aurículo-ventriculares. En efecto, en los reptiles estas válvulas son rudimentarias y sin embargo, el primer ruido existe en estos animales como ha podido constatarse bien. A la objeción clínica que el primer ruido es reemplazado por un soplo á consecuencia de las enfermedades que producen una destrucción de las válvulas aurículo-ventriculares, debe responderse que estos ruidos mórbidos son una complicación accidental, no teniendo con el primer ruido más que una sola relación, la del tiempo, y difiriendo totalmente en cuanto al sitio y al modo de producción.

La contracción del músculo ventricular tampoco puede ser

la causa del primer ruido. Esta teoría del ruido muscular que ha sido formulada por primera vez por Wollaston, es pasible de numerosas objeciones. Primeramente es difícil comprender cómo este *roullemente* suave y que se ha descripto como perteneciente á la contracción muscular, puede transformarse en un sonido tan intenso como es el primer ruido. Además, Quain no ha constatado ningún ruido durante la contracción del biceps ni durante la de los músculos de la espalda de un caballo que tiraba de un carro pesado.

Por otro lado, la experiencia clásica de Ludwig y Dogiel está en contradicción con los trabajos de Halfrerd. A pedido de Quain, el Dr. Morison ha estudiado la contracción de un corazón de tortuga recién muerta, teniendo cuidado de aplicar directamente su oído sobre el órgano para evitar el ruido que pudiera producir el frote de la extremidad del estereoscopio. No ha podido percibir ningún ruido producido por la contracción de este corazón.

Puesto que el primer ruido es independiente de la contracción muscular y del movimiento de cerradura de las válvulas aurículo-ventriculares, es necesario buscar su causa en el movimiento de la sangre proyectada á la aorta y á la arteria pulmonar.

El profesor Bell Pettigrew ha mostrado que la sangre movida por la contracción ventricular formaba una columna animada de un movimiento en espiral, resultado de la disposición epiriforme de las fibras musculares y de la forma de la cavidad ventricular ella misma. Esta forma de movimiento tiene por resultado dar á la columna sanguínea una dirección precisa y mayor velocidad y al mismo tiempo aplicarle sobre cada segmento de las válvulas sigmoideas que las echa á un lado para penetrar en la aorta conservando su movimiento. Pero encuentra la sangre contenida en la aorta que resiste á este movimiento y llega á cerrar las válvulas aórticas. Puesto que todo sonido resulta de la resistencia que encuentra un cuerpo en movimiento, se producirá un ruido al nivel del punto de encuentro de la sangre ventricular y de la sangre arterial y este ruíido no es otro que el primer ruido del corazón.

El primer ruido cardíaco resulta, pues, del choque de la sangre lanzada por el ventrículo contra el bloc producido por la sangre de la aorta y de la arteria pulmonar que pesa sobre las válvulas sigmoideas. Se podrá observar qne el primer ruido tiene su máximum en la punta del corazón. Pero para reducir á nada esta objeción basta hacer recordar el modo de propagación de los ruidos cardíacos que produciéndose al nivel del anillo fibroso íntimamente unido á las válvulas sigmoideas se extiende hasta la punta por las fibras musculares rígidas en el momento de la sístole, á la punta del corazón que es el único punto de contacto directo con la pared torácica. Esta opinión es corroborada por la observación de ectopia cardíaca de Cruveilhier, en la que este autor oyó dos ruidos en la base y nada en la punta.

En fin, esta nueva teoría ha recibido también el control de la experimentación. Un tubo que penetra en el orificio de las venas pulmonares, lleva á la aurícula izquierda de un corazón de carnero una corriente de agua que de allí pasa al ventrículo y á la aorta que se ha ligado á un tubo de gutapercha. Apretando y soltando el ventrículo, para imitar sístole y diástole, se pueden producir ruidos análogos á los del corazón, en particular un primer ruido cuando el agua es proyectada del ventrículo al tubo aórtico; cuanto más elevada está la columna de agua en este tubo, tanto más fuerte es el ruido producido.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Junio 30 de 1898 Nº. 12

DISCURSO

Pronunciado por el Presidente del Círculo Médico Argentino al presentar la Memoria correspondiente al año 1898

Señores consocios:

Cumple hoy un año que la asamblea del Círculo Médico Argentino me dispensó el favor de elegirme para presidir los destinos de la Asociación, y á la mitad del período reglamentario vengo ahora á dar cuenta á ustedes de cómo ha pasado para la vida de la Sociedad ese lapso de tiempo.

Entrego al juicio de los señores consocios mi parte de actuación en la lucha que es necesario librar para sostener con cierta animación el organismo languidecente de los centros médicos del país. Mi experiencia personal viene á agregarse á la de aquellos que me han precedido en este puesto, y debo desde luego declarar que no juzgo haber sido más feliz que otros en la empresa.

Al ocupar por vez primera este honroso sitio, dije á ustedes que no tenía ningún proyecto ruidoso, ninguna fórmula milagrosa que viniera á sacar al Círculo Médico del cauce natural por el que iba transcurriendo su existencia. Pensaba entonces, y pienso aún, que había en el seno de la asociación fuerzas latentes, fuerzas dor-

midas que era preciso despertar para que diesen su cosecha de bienes, y, á fin de llevar adelante el progreso de este centro, contaba, sobre todo con esa cosecha científica que sentía germinar y pronta á expandirse en nuestro ambiente.

La realidad ha quedado un poquito más acá del límite á que llegaban mis aspiraciones, pues no han sido tantas como hubiera deseado las asambleas en que hemos tratado de asuntos médicos, si bien en todas ellas ha habido una concurrencia numerosa, y en ocasiones debates muy interesantes.

Voy á permitirme insistir sobre este punto. En la vida de la Asociación, las conferencias, la presentación de observaciones ó de enfermos, constituyen los signos más ostensibles de su actividad, y son propicias á poner de relieve las energías que animan el desenvolvimiento de la medicina nacional. El debate tranquilo, desapasionado, en que desfilan las ideas de muchos como luces nuevas para aclarar una duda ó salvar una dificultad, el debate á que nos hemos habituado en este recinto, es como una escena grata de familia,—la familia de los que estudiamos medicina,—y es una fuerza eficiente en el desarrollo de nuestros propios conocimientos.

Yo querría que tuviesen también ustedes la convicción de que todo hecho observado con verdad y probidad es ó será útil á las ciencias médicas. Este pensamiento, recogido no sé dónde, encierra para mí una enseñanza y un programa, que vuelvo á presentar á ustedes, exhortándolos nuevamente á que traigan sus observaciones personales á esta tribuna en que todos hemos encontrado pruebas francas de igualdad y de fraternidad profesionales.

El Congreso Científico Latino-Americano, celebrado en Buenos Aires recientemente, ha tenido la fortuna de provocar un surgimiento de trabajos importantes, que han demostrado cuán de cerca seguimos los progresos y las conquistas de la medicina y la cirugía contemporáneas. Esta irradiación ha sido ocasionada á revelar claramente que sólo faltan estímulos á nuestro mundo médico para ser un foco de producción científica. Y he ahí lo que desalienta á aquellos que buscamos sinceramente que salgan de su silencio y vengan á decirnos lo bueno

y lo nuevo que han aprendido los obreros de la medicina entre nosotros.

Pero, tal vez más que estímulos, nos faltan hábitos de producción, disciplina en el trabajo y voluntad para fijar en la página escrita ó en las frases de la comunicación oral hechos de importancia clínica ó comprobaciones de laboratorio. Cuántos de nosotros, al recorrer las revistas de Europa, no habrán encontrado en ellas muchas veces la constancia de cosas de la medicina que se dan allá como novedosas ó interesantes. y que hemos hallado aquí, en la propia práctica, sin atribuirles la mínima importancia! Y cuántos, en esas circunstancias, no habrán lamentado la falta de un poquito de energía para hacer conocer una observación útil ó un caso poco común ó excepcional!

Perdón, si estas digresiones se han prolongado demasiado. Ellas vienen á insinuar á ustedes por qué razón hemos tenido en el Círculo tan pocas reuniones médicas, y vienen también á justificar el empeño con que pido á todos que no dejen de traer su granito de arena para nuestras sesiones científicas.

Los señores consocios que me acompañan en la Comisión Directiva han contribuído á mantener en su camino ordenado la marcha de la Asociación, y si á veces ha faltado *quorum* en las reuniones mensuales del día 15, esto se ha debido quizá á la carencia de asuntos de importancia á tratar, pues la orden del día está de ordinario constituída por la presentación ó renuncia de socios, y la aprobación de los balances de la tesorería y de las secretarías.

Durante el período comprendido entre el 31 de Marzo de 1897 y el 31 del mismo mes de 1898, han ingresado en el Círculo 77 socios activos, y han cesado 68 por renuncia ó falta de pago de sus cuotas mensuales. El número total de socios es hoy de 451, siendo de éstos 387 activos, 2 protectores, 4 honorarios y 58 corresponsales.

La tesorería no lleva una vida muy holgada, y ha necesitado, durante una parte del año, retardar ciertos pagos, pues en ocasiones se ha demorado varios meses

la entrega de la subvención asignada por el gobierno á nuestra Sociedad.

Ustedes saben que el egreso permanente más considerable es la cuota mensual de edificación (367,50 $ m/n). Felizmente, en la actualidad sólo se debe pagar cinco mensualidades para que quede totalmente cancelada esa deuda.

La Sociedad solo tiene pendiente una cuenta más: con la librería del señor Etchepareborda. Esta deuda persiste desde hace varios años, y se perpetúa por la adquisición incesante de nuevos libros y el valor de las revistas extranjeras á que está subscripto el Círculo Médico. Se ha entregado en el año 1.108 pesos á esa casa, pero el remanente de la deuda asciende á 2.269. A este respecto, debo agregar aquí que estamos obligados al amplio crédito que nos dispensa dicha librería, y que la Comisión Directiva ha de procurar en el año cumplir con ella del mejor modo posible.

El balance de tesorería del 31 de Mayo, según resulta de los cuadros adjuntos, arroja un saldo existente en caja de 700 pesos con 55 centavos. Los libros de esta repartición están en orden y al día, así como el archivo de recibos á pagar por los socios declarados cesantes.

Desde el 1º de Junio de 1897 hasta el 31 de Mayo de 1898, los gastos originados por las distintas reparticiones del Círculo Médico ascienden á la suma de pesos 13.629,12,—y las entradas á 14.329,67, quedando á cobrar la subvención correspondiente á los meses de Abril y Mayo.

En la biblioteca se ha invertido $ 1.731, de los cuales 1.108 fueron abonados á la librería Etchepareborda á cuenta de nuestra deuda por compra de libros y subscripciones.

El 31 de Mayo de 1897 existían en la sección extranjera 6.657 volúmenes y 972 en la sección argentina. Hoy esas cifras son respectivamente 6.728 y 984, habiendo circulado en el año entre los socios 989 volúmenes. La biblioteca recibe ahora 164 revistas, de las cuales cuarenta proceden de la subscripción y 124 del canje. De dichas revistas, 55 son francesas, 2 alemanas, 17 italianas, 11 inglesas, 69 españolas, 7 portuguesas, 2 holan-

desas y una rusa. Podemos decir que contamos con las más importantes publicaciones médicas del mundo. Yo desearía poder agregar que ellas tienen aquí numerosísimos lectores.

Los «Anales del Círculo Médico Argentino» han continuado apareciendo quincenalmente, bajo la laboriosa y muy competente dirección de nuestro consocio el doctor Otto Wernicke, que ha sido reelecto para desempeñar ese difícil cargo durante el año actual.

La mitad de la Comisión Directiva cesa esta noche en sus funciones, para ser reemplazada por los electos en la asamblea del día 15. Agradezco á los que se van el concurso que han podido prestarnos desde sus puestos dirigentes, y confío en que los nuevos compañeros han de aportar con su esfuerzo y su buena voluntad una contribución eficaz al sostenimiento y al adelanto del Círculo Médico Argentino.

Marchamos á pasos seguros, aunque lentos. Se puede decir que vivimos ya en nuestra casa propia, en la casa que hemos levantado, y que vamos á concluir de pagar. Pero nuestro edificio social, cuando deje de ser una deuda á saldar con sus constructores, continuará siendo siempre una deuda de gratitud á no olvidar, de gratitud hacia el país en masa que nos ha ayudado y nos sigue ayudando, no sólo con su auxilio pecuniario directo, sino también con ese aliento poderoso de todos los días que hace de nosotros los argentinos la República más progresista y más rica de la America latina, en las ciencias, las artes y las industrias.

Por eso, el trabajo perseverante en bien del Círculo Médico es un deber de todos los que nos hemos asociado en este recinto, y por eso, y por ser lo que somos,—médicos ó estudiantes surgidos de este país fuerte y generoso, estamos obligados á retribuirle sus beneficios, sinó también en todos los terrenos á que nos llame el respeto de su porvenir y su grandeza, sinó también en el campo de nuestra actividad profesional.

Junio 28 de 1898.

CUADRO DEMOSTRATIVO

De las entradas de que ha dispuesto el «Círculo Médico Argentino» desde 1º de Junio de 1897 hasta 31 de Mayo de 1898

ENTRADAS	1897							1898					TOTAL	OBSERVACIONES
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo		
Balance en Junio 1º.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1129.67	En los 1400 pesos cobrados en Diciembre se comprenden las subvenciones desde 1º de Mayo hasta 30 de Noviembre. Quedan pues á cobrar, del periodo que abarca este cuadro, las subvenciones por Abril y Mayo de 1898.
Cuotas de socios.....	928	914	944	927	1073	910	914	866	854	1024	989	857	11200.00	
Subvención del Gobierno Nacional.....	—	—	—	—	—	—	1400	—	200	—	400	—	2000.00	
Total.....	928	914	944	927	1073	910	2314	866	1054	1024	1389	857	14329.67	

Buenos Aires, Junio 1º de 1898.

Zenón Aguilar,
Tesorero.

CUADRO DEMOSTRATIVO

De los gastos originados por las distintas reparticiones del «Círculo Médico Argentino» desde 1º de Junio de 1897 hasta el 31 de Mayo de 1898.

GASTOS	1897							1898					Total	Observaciones
	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo		
Cuota mensual de edificación	—	367.50	367.50	367.50	—	367.50	—	367.50	367.50	367.50	367 50	367.50	3.307.50	De los 1.731 pesos gastados para la Biblioteca, en el período que abarca este cuadro, 1.108 pesos han sido pagados á la Librería del señor A. Etchepareborda, á cuenta de la deuda por compra de libros y subscripciones.
Biblioteca	81.00	142.00	58.00	—	—	40.00	1.000.00	109.00	80.50	25.00	62.50	133.00	1.731.00	
Secretaría	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	90.00	1.080.00	
Anales	550.62	—	240.00	254.12	268.25	225.87	357.24	148.25	310.62	225.87	345.87	204.75	3.131.46	
Alumbrado	61.32	—	77.98	—	173.79	—	83.67	54.04	—	43.76	77.47	12.00	584.03	
Impuestos	—	—	47.60	150.00	—	30.00	17.60	—	30.00	—	38.00	30.00	343.20	
Afirmado y refacciones	—	44.00	44.00	34.94	44.00	44.00	—	50.19	—	50.00	50.00	—	361.13	
Gerente	120.00	120.00	120.00	120.00	120.00	120.00	120.00	120.00	120.00	120.00	120 00	120.00	1.440.00	
Cobrador, comisión 10 %	92.80	91.40	94.40	92.70	107.30	91.00	91.40	86.60	85.40	102.40	98.90	85.70	1.120.00	
Ordenanza	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00	420.00	
Varios eventuales	—	70.00	—	—	—	—	—	40.80	—	—	—	—	110.80	
	1.030.74	959 90	1.174.48	1.144.26	838.34	1.043.37	1.794.91	1.101.38	1.119.02	1.059.53	1.285.24	1.077.95	13.629.12	

Buenos Aires, Junio 1º de 1898.

Zenón Aguilar,
Tesorero.

POLIDACTILIA

El señor R. Vila Ortiz, ex interno del hospital Rawson, ha tenido la amabilidad de enviarnos la fotografía que reproducimos en seguida. Se trata de una anomalía de desarrollo, sobre todo curiosa por presentarla dos hermanos.

En realidad, no son muy raros los casos de polidactilía á pesar de la opinión contraria de algunos autores. El exceso de dedos se observa más á menudo en la forma de pulgar ó auricular supernumerario. Mucho menos frecuente es hallar que las anomalías sean simétricas, por ejemplo, siete ú ocho dedos en cada mano, y menos común es encontrar que los pies participen de ese exceso de desarrollo al mismo tiempo.

Los niños representados en nuestra lámina tienen seis dedos en las dos manos y los dos pies. Viven en Quilino (provincia de Córdoba), donde incidentalmente los vió y examinó el señor Vila Ortiz. Los hermanos, uno de catorce años de edad y otro de 12, y sus padres se conservan completamente sanos y no tienen ninguna anomalía de desarrollo. Dos hijos más de éstos, menores que los otros, son bien conformados, y por otra parte, ninguno de los colaterales de la familia presenta un fenómeno semejante.

Los dedos supernumerarios de las manos del menor no tienen articulación con el metacarpo. Como se ve, en la generalidad de los casos de auricular supernumerario, están fijos por la piel al borde cubital de las manos. Los del mayor tienen un metacarpiano común con el verdadero meñique.

La implantación de los supernumerarios de los pies se aprecia fácilmente en la figura.

POLIDACTILIA

UNA SERIE DE DOCE CRANIECTOMÍAS

por A. CHIPAULT.

(Gazette des Hopitaux Nº 60, 1898.)

—

Entre las craniectomías que he practicado un cierto número merece particular atención por la naturaleza de las indicaciones que las han originado.

1º Siete han sido ejecutadas por tumores del encéfalo. En el extranjero se han publicado más de 400 observaciones; en Francia son mucho mas raras y mis siete casos, relativos á enfermos de la clínica de Raymond, Brissaud y Gilles de la Tourette constituyen sin duda la más extensa estadistica francesa en este sentido.

En estos siete casos, cuatro veces se había diagnosticado tumor inextirpable: la intervención fué, intencionalmente, paliativa; tres veces el tumor había sido diagnosticado superficial y circunscrito; la intervención fué emprendida con la esperanza de llegar á la ablación completa.

Las cuatro intervenciones paliativas han dado: una muerte por shok bulbar á consecuencia de una resección del occipital, laboriosa y hemorrágica por tumor del cerebelo; un resultado nulo en una mujer atacada de gliosarcoma muy extenso de la base con ceguera y sordera completas y muy antiguas; dos resultados muy satisfactorios, con desaparición durable de la cefalea, de los vómitos, de los vertigos y diminución del edema papilar en un caso de glioma difuso del lóbulo temporal izquierdo y en un caso de tumor, probablemente tuberculoso del pedúnculo cerebeloso izquierdo: en estos dos casos, el alivio sintomático coincidió con la evolución de un encefalocele, que en el enfermo del glioma temporal alcanzó el volumen de una naranja.

Las tres intervenciones con fin curativo dos veces no permitieron encontrar el neoplasma; una vez se trataba de un glioma subcortical de la segunda circunvolución frontal con síntomas jacksonianos que habian cambiado de sitio varias veces: el resultado de la operación fué nulo; la segunda vez se trataba de un gran tubérculo subcortical de la región paracentral derecha; la intervención, desviada por el sitio braquial

de las crisis epileptiformes, no descubrió el tumor á pesar de la introducción, en dos direcciones diferentes, del dedo explorador hasta el ventrículo lateral; produjo sin embargo un alivio considerable: las cefaleas que eran fuertísimas, el estado mental, que se traducía por llanto por cualquier motivo, los síntomas jacksonianos mismos, desaparecieron hasta la muerte, que se produjo dos meses mas tarde, por tuberculosis laringo-pulmonar; no quedaba en el cerebro, como vestigio de las exploraciones hechas, más que dos delgadas líneas hemorrágicas. El tercer caso dió resultados mucho más satisfactorios: se trataba de una angioma de la pia-madre rolándica izquierda, que pude extirpar completamente á pesar de su volumen y de su vascularidad; no fué por cierto, sin trabajo, puesto que necesité tres sesiones operatorias: la primera, para la resección craneana, la segunda para la incisión y desprendimiento de la duramadre y la tercera para la ablación en masa del tumor y de la corteza adyacente; las dos últimas, á pesar de su mínima duración, de 15 y de 8 minutos, hicieron perder cada una al enfermo cerca de tres litros de sangre: hemorragias formidables que fueron dominadas por la reaplicación del colgajo. El operado curó perfectamente, no tiene hoy día traza de sus accidentes preoperatorios, cefaleas y crisis jacksonianas, ni de los levísimos y pasajeros síntomas de déficit cortical que siguieron á la escisión de su tumor.

2º *Una craniectomía practicada por adherencias meningo-corticales de la región rolándica izquierda* no ha sido menos feliz: la enferma, que antes de la intervención tenía una hemiplegia derecha, con crisis jacksonianas muy dolorosas, está hoy en día, y esto desde año y medio, indemne de todo síntoma: es tan fuerte de un lado como del otro, no sufre más y ha engordado muchísimo.

3º *Una craniectomía por hemiplegia infantil porencefálica* con crisis epileptiformes generalizadas ha sido seguida de un resultado necesariamente menor: sin embargo, la desinserción de las adherencias corticales y el escurrimiento del líquido céfalo-raquídeo manifiestamente superabundante, han tenido por consecuencia la desaparición completa y durable de los accidentes comiciales; beneficio que bien vale la pena de ser tomado en cuenta.

4º *Tres craniectomías por residuos de traumatismo craneano infantil* han tenido resultados muy semejantes.

En un caso, el traumatismo, probablemente obstétrico, había

producido un achatamiento considerable de la región occipito-temporal derecha. La inteligencia del niño se había desarrollado apenas; tenía además una rigidez muy franca, aunque sin contractura de las extremidades izquierdas, con crisis de epilepsia jacksoniana en la superior: la resección craneana y la escisión de la duramadre muy espesada hicieron desaparecer completamente estas últimas sin otro resultado. En el segundo caso, el traumatismo, acaecido á la edad de dos años, había deprimido la región fronto-parietal izquierda y deformada la caja craneana empujándola á la derecha y dándole más ó menos la forma de un kepis de zuavo; la inteligencia era casi nula y las crisis epileptiformes muy frecuentes y violentas; el resultado de la intervención fué mediocre: hubo, durante un mes, diminución de crisis y eso fué todo. En un tercer caso, el cambio post-operatorio fué mucho más marcado. Se trataba de una niña de tres años que á la edad de un año y medio había caído desde un primer piso sobre el lado izquierdo del cráneo; en apariencia estaba completamente repuesta del accidente cuando se estableció contractura de las extremidades derechas con desviación de los ojos á la izquierda y crisis epileptiformes generalizadas cada vez más intensas; una línea de fractura bien clara, cosa rara en esta edad, corría sobre el lado izquierdo del cráneo desde la región frontal hasta la región retromastoidea interrumpida en su parte media por un orificio en que el dedo sentía latir el encéfalo: una craniectomía extensa permitió descubrir un enorme foco de destrucción porencefálica, yendo hasta el ventrículo lateral y llenado de una especie de esponja cicatricial empapada de líquido céfalo-raquídeo; este tejido fué dilacerado así como el que, alrededor de la pérdida de substancia unía la corteza gris al hueso; la arteria meníngea, que sangraba en abundancia, fué ligada en la base y el colgajo peri-craneano directamente reaplicado; desde el día siguiente las crisis epileptiformes desaparecieron, la irascibilidad se hizo mucho menor, la contractura cedió hasta el punto de permitir de nuevo la marcha; en fin, sea dicho de paso, la enfermita presentó del lado contracturado durante la quincena que siguió á la intervención, el curioso incidente trófico recientemente descrito por Marinesco bajo el nombre de «mano suculenta.»

Estos hechos autorizan, me parece relativamente á las indicaciones que las han suscitado, las observaciones siguientes:

a.) En los tumores intracraneanos, meníngeos ó encefálicos

pueden presentarse dos circunstancias quirúrgicas: 1º El tumor es diagnosticado inextirpable; es posible entonces atenuar ó suprimir los síntomas de compresión encefálica generalizada: cefalea, vómitos, vértigos, perturbaciones visuales; resultado esencialmente paliativo, pero que hace menos intolerable la existencia del enfermo; una resección craneana simple hecha en la vecindad del tumor y sin tocar la duramadre, basta para obtenerla. 2º el tumor es diagnosticado extirpable; debe arriesgarse entonces todo para hacer, si posible fuera, una extirpación total; se recordará que las exploraciones digitales, las dilaceraciones, las resecciones del encéfalo dejan, cuando son asépticas, trazas materiales y funcionales de una insignificancia asombrosa y que la curación, después de la ablación completa de un tumor del encéfalo puede ser tan duradera y perfecta, que después de la ablación de un tumor de otro órgano cualquiera.

b.) En las meningitis localizadas con adherencias de la corteza, la intervención es susceptible de hacer desaparecer no solamente los síntomas de irritacion cortical, sino también ciertos síntomas de déficit, tales como las parálisis.

c.) En las afecciones orgánicas del encéfalo infantil, de origen traumático ó no, la liberación de la corteza y la evacuación del líquido céfalo-raquídeo tienen por resultado, al parecer constante, calmar la irritabilidad de los enfermos y hacer desaparecer sus crisis epilépticas, por más intensas y generalizadas que sean; tiene por otra parte, poca ó ninguna influencia sobre las contracturas y las parálisis; las alteraciones destructivas y externas del encéfalo y las degeneraciones descendentes del haz piramidal, tan intensas en este orden de hechos, no autorizaban tampoco á esperar más.

Se me permitirá insistir al terminar, en el hecho que de los 12 craniectomizados que acabo de estudiar, uno solo ha sucumbido quirúrgicamente; sin embargo esta serie comprende las operaciones más laboriosas y delicadas de la cirugía encefálica; esto se debe, sin duda alguna, á que sistemáticamente he practicado estas operaciones, en dos ó aún en tres sesiones con algunos días de intervalo; inconveniente bien recompensado por la posibilidad de proceder con la audacia y energía necesarias sin tener accidentes operatorios fatales.

BIBLIOGRAFÍA

CECILIA GRIERSON. *Masage práctico con los ejercicios activos complementarios y un atlas de anatomía descriptiva y topográfica.*

« He publicado este libro por no existir uno solo práctico « en el idioma español que trate de esta especialidad, y aunque « los hay excelentes en francés, alemán, inglés, sueco etc, pero « que no pueden utilizarlos los masagistas de nuestro país « por no poseer otro idioma que el español. Hoy día se hace « indispensable este texto por haberse establecido un curso su- « perior de masage en la escuela de enfermeros y enfermeras « de Buenos Aires cuyos alumnos en su mayor parte no en- « tienden sino el castellano y por lo tanto no tienen un ma- « nual de consulta, que he tratado de hacer los más completo « posible.....»

En unas 200 páginas da la Dra. Grierson una exposición clara y sucinta de los conocimientos necesarios al masagista.

Un sinnúmero de figuras demostrativas facilita el estudio de la parte teórica y hace especialmente fácil la comprensión de las diversas maniobras, posiciones, movimientos que debe usar el masagista ó que debe hacer ejecutar por los clientes.

La segunda parte de la obra comprende un atlas de anatomía (110 láminas) en que están representadas claramente las regiones y órganos cuyo conocimiento es necesario al masagista.

La obra llena muy bien el objeto para el que ha sido escrito y es de desear que la Dra. Grierson consiga se pongan en práctica entre nosotros las medidas que ella indica en la introducción á la obra, como necesarias para «obtener un cuerpo « de masagistas serios y competentes, que en debida cooperación « con los médicos harán que este arte científico recupere su « verdadero puesto en la terapéutica general y se levante el « gremio, siendo respetadas las personas que la ejercen y que « no serán consideradas, como hoy día, entre las curanderas y « adivinas.»

LOUIS JULLIEN. *Blenorragie et Mariage. 1 vol. de 310 páginas. Paris.*

Nadie estaba más indicado para demostrar los peligros de la blenorragia y los medios de conjurarlos que el Dr. Jullien, tan conocido por su tratado de las enfermedades venéreas y sus investigaciones clínicas incesantes.

Un capítulo lleno de elevado criterio y de mucha originalidad de ideas sobre la discreción profesional sirve de introducción á esta interesante obra. Le sigue un capítulo sobre la evolución y el diagnóstico de la blenorragia, subdividido en tres partes: blenorragia y gonococo, blenorragia y examen de la uretra, blenorragia y ginecología.

Es sobre todo en sus formas latentes y crónicas que la blenorragia amenaza el porvenir del matrimonio. *Antes de todo proyecto, después de fijado el dia, después de celebrado* son otras tantas subdivisiones fecundas para el examen de los problemas múltiples, tan variados y tan delicados, que se presentan en la práctica de todos los días. El autor examina bajo estos diferentes puntos de vista el caso de hombre ó mujer afectado de una blenorragia aguda, crónica ó curada con residuo.

Es fácil imaginar la gran variedad de estas páginas, unas veces graves, otras veces alegres. Refiriéndonos casos de su práctica, el autor nos muestra uno de los lados miserables, á veces odioso, á veces ridículo de la naturaleza humana y traza al médico reglas científicas y deontológicas seguras para escapar á todo compromiso.

REVISTA DE LA PRENSA

Harry Campbell. *Efectos benéficos de una enfermedad sobre otra* (*«British Medical Journal», abril 30-98*).

Una enfermedad puede influenciar benéficamente otra, sea previniéndola, sea curándola.

1º *Efectos profilácticos*. Estos pueden exponerse en pocas palabras, porque nuestros conocimientos en este punto están todavía muy circunscritos. La congestión pulmonar, pasiva y el enfisema pulmonar parecen disminuir la tendencia á la tuberculosis pulmonar. Algunos gérmenes morbosos parecen preventivos de otros. Así, el *bacillus pyocyanicus* obstaculiza la actividad del bacilo de la neumonia y del micrococo de la erisipela. Por otro lado, los diversos exantemas no confieren inmunidad uno contra otro; se han publicado numerosos ejemplos, por Murchison especialmente, de coexistencia de dos ó más exantemas. Otro ejemplo de profilaxia: Dyce Duckworth refiere el hecho, observado por Diday y Hutchinson que la fiebre tifoidea y la pulmonía retardan el desarrollo de

los síntomas secundarios de la sífilis durante unos tres á cinco meses.

2º *Efectos curativos.* Estos son mucho más pronunciados y definidos; pueden considerarse en cinco capítulos:

1º Metastasis. Esta puede ser definida como la desaparición de la enfermedad de un punto en concordancia con su aparición en otra parte. Así, un escurrimiento uretral puede desaparecer bruscamente, por lo menos temporariamente, al aparecer una orquitis, la coriza con la determinación de la pulmonía, la angina con el desarrollo de la artritis gotosa. Mutch observó que una señora que se hallaba en el máximo de sufrimiento y tuvo un ataque de gota aguda en el dedo gordo del pie, que la incomodidad de la garganta se detuvo como por encanto, mientras que la gota seguía su curso ordinario. La importante cuestión á resolver en estos casos es establecer si la aparición de un nuevo desorden obra curativamente sobre el otro al que sustituye. Quizá los mejores ejemplos de metastasis son suministrados por los desórdenes funcionales nerviosos, los que cambian su sitio y alteran su expresión de un momento á otro, de día en día ó aún de año en año. Así en el curso de una hora ó dos el dolor de cabeza puede dar lugar al dolor de espalda, éste á su vez á un ataque de palpitaciones y éste á su vez á un ataque de gastralgia; del mismo modo en el curso de un año podemos hallar hemicranea, asma espasmódico y angina de pecho, sustituyéndose sucesivamente el uno al otro. También aquí se presenta la cuestión si es el nuevo desorden el que detiene al primero, obrando así benéficamente. Es probable que así suceda. La alteración de un fenómeno nervioso puede ser considerada como una variedad de metastasis. Como ejemplo podríamos citar la alternancia de la glicosuria y de eczema, de sordera y de vértigos, eczema y de asma.

Denne ha observado el caso siguiente: una mujer sufría de intensa dispepsia; después de cierto tiempo se produjo un eczema del dorso; la dispepsia mejoró y mostró más tarde cierta tendencia á alternarse en intensidad con el eczema. Campbell vió una enferma que había tenido dos veces un grave ataque de urticaria que se había terminado cada vez con una copiosa hematemesis. Si estos casos deben considerarse como alternativas de síntomas ó de enfermedades, poco importa; es esto una cuestión puramente académica. Lo importante es notar que el último proceso morboso parece poner un freno

al precedente. ¿Quién puede dudar que en el caso recién citado la hemorragia no tenga ninguna relación con la desaparición de la erupción? Los fenómenos de contra-irritación deben probablemente referirse á fenómenos de metastasis. Así como un ataque de orquítis detiene un escurrimiento uretral ó como una erupción eczematosa mejora un ataque asmático, así puede una violenta estimulación del cutis refrescar una inflamación profunda. Dickinson ha tratado de demostrar con bases fisiológicas la importancia de la contra-irritación, pero, reflexionando sobre los fenómenos de metastasis estaremos más inclinados en creer en la eficacia de este método tradicional de tratamiento.

2º *Efectos mecánicos.* Los buenos efectos de una enfermedad sobre otra pueden ser debidos en gran parte á causas mecánicas, como sucede en la cura de las supuraciones ó del lupus por ulceraciones sifilíticas, como ha referido recientemente un caso Ross Macmahon. Un notable ejemplo de curación de este género, es referido por Green. Un hombre sufría desde algún tiempo atrás de una alteración en la movilidad de uno de los cartílagos de la articulación fémoro-tibial. Un día recibió una lesión de la articulación en cuestión; resultó una artritis que produjo fijación del cartílago y así desapareció la alteración mencionada.

3º *Efectos benéficos del trauma.* No es raro que un accidente influencie favorablemente la salud. Algunos ejemplos van á probarlo.

Una señora sufría de un reumatismo persistente; sufre un accidente que hace necesaria la amputación de la pierna; en los quince años que siguen á la operación no ha vuelto á sufrir de reumatismo (Campbell).—Un hombre con sífilis no curada sufre de un dolor persistente del cóndilo externo del húmero, calmado sólo por el opio. Víctima de una fractura del húmero, es tratado por los medios comunes; el dolor desapareció enteramente (Kernard).—Una mujer sufre de un escirro del seno y de psoriasis inveterada. Extirpado el tumor la psoriasis cura rápidamente (Knowsley Sibley).

4º *Efectos benéficos de afecciones febriles.* Esta parte importante del sujeto en cuestión debe ser estudiada en varias subdivisiones.

a) Primero se puede considerar un cierto efecto general, pero solamente temporal de la fiebre. Aunque sin duda la influencia curativa del desorden febril sea á menudo debido

en gran parte á las toxinas, el efecto directo de la fiebre no debe ser olvidado. La reacción febril parece ser en realidad un efecto defensivo. Lowy y Richer han demostrado que la resistencia de los conejos al virus de la pulmonía, difteria y cólera de las gallinas es aumentada si antes de la inoculación del virus se eleva la temperatura por medio de una lesión del cuerpo estriado. Citaremos algunos efectos de la alta temperatura. Si un diabético es atacado de fiebre, por ejemplo tifoidea, el azúcar puede desaparecer temporariamente de la orina, siendo probablemente quemado en el organismo el exceso de azúcar. Del mismo modo, la fiebre puede detener una secreción purulenta de la vagina, de la uretra ó de una herida. También puede, especialmente si es aguda, determinar la absorción de un callo y aun de una neoplasia. La hipertrofia tonsilar crónica puede retroceder temporaria ó permanentemente bajo la influencia de una fiebre aguda, como ser escarlatina ó pulmonía (Corminas). La fiebre puede ejercer también una influencia benéfica sobre la leucocitemia. Thorsch recuerda un caso de esta enfermedad, en el que se verificó una rápida diminución del tamaño del hígado, del bazo y de las glándulas linfáticas en el curso de una neumonía, disminuyendo en un tercio el número de leucocitos. Se han publicado otros ejemplos de este género, pero en todos el efecto ha sido pasajero.

b) Podemos después considerar los casos en los que la salud general ha mejorado ó se ha curado alguna enfermedad al ocurrir un exantema.

Muchos médicos han observado ejemplos de mejoría de salud consecutivos á una fiebre, por ejemplo á una tifoidea.

Jounge sufría mucho durante el verano en la India: tenía náuseas, alteraciones hepáticas, tendencia de diarrea, enflaquecimiento y anemia. Pues bien; después de un ataque de fiebre tifoidea, desapareció todo y gozó desde entonces de buena salud.

El mismo Jounge refiere un ejemplo de este género en un individuo perseguido por una dispepsia tenaz, de la que curó después de un ataque de cólera. Vigurs refiere la observación de un hombre de 50 años que sufría desde muchos años de reumatismo, del que se libró enteramente después de un ataque de fiebre tifoidea. John Kemm refiere el caso de una joven anémica y leucorreica y que sólo había menstruado dos veces. A los 17 años se enfermó de escarlatina, y una semana

después tuvo la menstruación que desde entonces continúa con regularidad. Lubiner vió un caso de rino-escleroma en un hombre de 35 años en la que la tumefacción y la infiltración eran tales, que las narices estaban casi tapadas; se enfermó de tifo y curó, desapareciendo completamente la oclusión nasal.

El caso de Mauthner también es interesante: un muchacho de tres años es atacado de meningitis basilar consecutiva á una caída sobre la cabeza; algún tiempo después pierde poco á poco la vista del ojo derecho.

Después de un ataque de viruela el enfermo recobra completamente la vista. Lemoine refiere un caso de tuberculosis pulmonar muy mejorado por un ataque de escarlatina. Finalmente, se citan ejemplos de casos de tos convulsa curados por un ataque de sarampión.

c) Los desórdenes febriles pueden ejercer una influencia benéfica sobre una enfermedad mental, hecho que ha llamado la atención de los alienistas en estos últimos años. Las fiebres que pueden obrar en este sentido son: tifoidea, erisipela, cólera y fiebre intermitente.

Wagner ha recomendado en las afecciones mentales la inyección del virus de la erisipela como el menos peligroso. Naturalmente los casos más favorecidos son los de media intensidad y los recientes.

En algunos casos los buenos efectos son duraderos. James Taylor, en una discusión sobre este punto ha referido los benéficos efectos que ejerce á veces la fiebre sobre la epilepsia y Lannois ha recordado un caso de epilepsia mejorado por la erisipela, pero empeorado por la fiebre tifoidea.

d) Los efectos benéficos de la erisipela sobre otras enfermedades deben ocupar nuestra atención por un momento. Como Mansell Moullín observa, hace muchos años que sabemos que no sólo los tumores malignos, sino también las ulceras crónicas de la piel, los nódulos del lupus, los gomas sifilíticos y otras afecciones desaparecen á menudo con mucha rápidez después de un ataque de erisipela.

Feré refiere los buenos efectos de la erisipela sobre las afecciones de los ojos, el tracoma, la iridocoroiditis y los tumores orbitarios. J. Hutchinson ha visto un pólipo nasal rápidamente absorbido bajo la influencia de la erisipela, Schurmer una cicatriz queloide y Ferret un callo, mientras que Yolles y Chelmonaki no han visto ventajas en la tuber-

culosis. El efecto curativo de la erisipela sobre el lupus parece un hecho de observación común. Ultimamente Campbell ha notado su notable influencia sobre la atrofia amarilla aguda del hígado, lo que sugiere la idea de tratar los casos de este género con el líquido de Coley.

e) El veneno de la influenza parece tener efectos curativos poderosos. Ha curado claramente un caso de cistitis gonorreica; (Goldberg) y Shirtliff ha publicado el caso de una cura semejante en una señora de 60 años, que desde tiempo atrás sufría de un catarro crónico de las vías respiratorias: la señora fué atacada de influenza y el catarro cesó brusca y completamente.

Scott ha visto una opacidad en un ojo de un caballo desaparecer bajo la acción de la influenza; pero quizá el ejemplo más notable de la acción curativa de la influenza es referido por Kniglet. Una señora de 45 años, que sufría de una afección maligna del hígado, contrae una influenza gravisíma; pero después de ésta el hígado se achica y la enferma cura del todo; á los 18 meses el tumor vuelve causando la muerte.

f) La influencia de la vacunación en la cura de las enfermedades merece también ser citada. Se ha pensado que pudiera proteger contra la influenza (Goldschmidt) y se le ha practicado como tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Obra favorablemente sobre la tos convulsiva (Bolognini) y en ciertas afecciones crónicas de la piel, hecho notado por James Grant en 1863 y después por otros observadores. Milson considera la presencia de un eczema más bien como favorable que contraria á la vacunación, y Mutch ha visto en seguida á ella curar un eczema rebelde.

5º Finalmente podemos citar algunos otros casos que muestran la misma acción benéfica de la enfermedad.

Campbell cita el caso de un reumatismo crónico en una mujer de 58 años, desaparecido al sobrevenir un cáncer del hígado.

Fowler comunica un caso de parálisis agitante en un hombre de 73 años, que sufría desde veinte años de ella y que curó después de un ataque de hemiplegia derecha, probablemente embólica. Renel Atkinson refiere un caso observado en sí mismo: él sufría de hemicranea periódica y de constipación crónica; es atacado de una afección aguda de un oído que queda sordo; después de esta enfermedad desaparece la hemicranea y la constipación. East refiere dos casos de diabetes curados con la aparición de un cáncer.

LEO. *Tratamiento del diabetes.* (*XVI congreso alemán de medicina interna*).

L. cita nuevos é importantes experimentos sobre la patogénesis del diabetes. Perros á los que se administra una solución fermentada de glucosa, y que en consecuencia está libre de azúcar, muestran siempre melituria que á veces dura varios días. Suministrando el líquido durante mucho tiempo, los animales enflaquecen notablemente. Esta observación demuestra que la eliminación de azúcar repetidas veces notada en el hombre después de ingestión abundante de cerveza, debe atribuirse á un producto tóxico del intercambio material de las células del fermento. Por eso debe aconsejarse que las personas con tara diabética hereditaria eviten el uso de la cerveza y lo mismo vale naturalmente para los que son ya diabéticos. Leo, pasando á la terapia del diabetes, dice que debe tratarse de limitar la formación de azúcar y acelerar el consumo del que está contenido en los humores.

El medio más importante es la reducción del uso de los hidratos de carbono en la alimentación, que sirve á los dos fines ya indicados. Esta restricción debe ser en el principio de la cura absoluta en lo posible, y, durar según la gravedad del mal, bajo una vigilancia médica rigurosa, un tiempo variable, pero no más de tres á cinco semanas. Durante este tiempo los elementos más esenciales de la alimentación son la albúmina y la grasa, pero también ciertas verduras pueden permitirse al lado de bebidas alcohólicas sin hidratos de carbono, de café, té, etc., etc. Más tarde se permiten de nuevo los farinaceos, pero la cantidad debe ser exactamente medidida y variada en correspondencia con el poder asimilador acrecentando por el período de la abstención; como norma sirve el examen de la orina ejecutado periódicamente por el médico y no por un boticario, y el peso del cuerpo. En los casos graves deben intercalarse de tiempo en tiempo, cerca de tres veces al año, períodos de abstención. Muy importante es la excitación sistemática de la actividad muscular, porque en muchos casos deriva de ahí un consumo acrecentado de azúcar; pero esto no vale para los casos graves en los que en vez del ejercicio muscular activo debe aconsejarse el masage. Entre los innumerables medicamentos recomendados contra el diabetes no se halla ninguno que muestre una acción bien pronunciada; sólo el opio puede prestar en cier-

tas circunstancias buenos servicios, pero por sus conocidos, efectos accesorios molestos puede hacerse perjudicial á menudo. En estos últimos tiempos ha adoptado Leo un preparado nuevo, el jugo sin células obtenido por Büchner del fermento ordinario mediante trituración y alta presión que posee la propiedad de los fermentos de descomponer el azúcar por una substancia que contiene la zimasis. Leo ha empleado esta preparación primero en perros hechos diábeticos del modo arriba expuesto y los efectos han sido espléndidos, aún administrándola por la boca. En el diabetes humano el jugo no ha producido reducción especial en la eliminación del azúcar, pero esto no significa resultado negativo y se explica porque contiene 40 °/o de azúcar de caña para que pueda conservarse. Es de esperar que se llegue á hacer conservable el jugo añadiéndole diversas substancias. Una preparación seca obtenida del jugo de la que Leo sólo poseía una pequeña cantidad ha producido en un caso una reducción moderada, pero manifiesta de la eliminación del azúcar. Leo señala los efectos á menudo favorables de las curas de aguas minerales, pero que no deben considerarse como específicos.

Astaud y Bayón. *Fiebre tifoidea mortal. Serodiagnóstico negativo. Presse médicale, 98.*

La cuestión del valor clínico del serodiagnóstico de Widal está todavía en discusión. Para algunos ni la existencia de la reacción sería un signo seguro de fiebre tifoidea, ni su ausencia excluiría en absoluto esta afección.

En favor de esta opinión viene un caso publicado recientemente por Astaud y Bayon.

Una muchacha epiléptica, de 17 años, de la clínica de Bondet, se enferma de ileotifo. El diagnóstico es muy difícil á causa de la predominancia de los antecedentes nerviosos y por la ausencia de algunos síntomas importantes (diarrea, roseola); buscando un criterio más seguro, se practica la reacción de Widal.

La prueba de la aglutinación tentada el 7º y el 10º día, resulta negativa; en consecuencia se pone en duda el diagnóstico de tifoidea de forma nerviosa y se concluye por abandonarlo.

La enferma va de mal en peor; á la autopsia se constatan lesiones características, bastante extensas, de fiebre tifoidea; la cultura con pulpa esplénica da el bacilo de Eberth puro.

REGLAMENTO

para la publicación de los «Archives Medicales Argentins» sancionado por la C. D. en sesión del 15 de Diciembre de 1897.

—

Art. 1º Con el nombre de «Archives Medicales Argentins» (Recueil des Anales del Círculo Médico Argentino) aparecerá semestral ó anualmente un número extraordinario en francés de la revista social, que será editado en cantidad suficiente para la distribución entre las corporaciones médicas extranjeras las personalidades culminantes en las ciencias y las mejores revistas europeas.

Art. 2º El número aludido contendrá los mejores trabajos originales, sea de observación clínica, sea de investigación experimental, aparecidos en los Anales durante el período de tiempo indicado, y seleccionados por una comisión nombrada al efecto, de la cual formará parte el director de la publicación ordinaria.

Art. 3º Con este objeto la C. D. designará anualmente, al mismo tiempo que el director de los Anales, dos miembros de la Asociación que constituirán en unión con aquél la comisión de los «Archives».

La expresada comisión se reunirá en totalidad ó mayoria en los primeros días de Julio y Enero, ó antes de estas fechas, á invitación del director de los Anales, y resolverá por mayoría, cuáles son los trabajos dignos de la publicación en el número extraordinario, pudiendo decidir su inserción íntegra, ó pedir á los autores los extracten expresamente.

Fijará también el precio de cada ejemplar del número extraordinario. Todas estas resoluciones serán comunicadas por nota á la Comisión Directiva para su conocimiento.

Art. 4º La traducción de los trabajos á insertarse será hecha por los respectivos autores.

Art. 5º Si la comisión especial creyera que siendo los trabajos pocos numerosos ó sin importancia, conviene esperar á que finalice el año para hacer la edición en francés, puede así resolverlo, comunicándolo también á la C. D.

Art. 6º Es entendido que para la publicación del número extraordinario rige la comisión correspondiente al período ya vencido; aunque ella hubiera sido renovada parcial ó totalmente para el otro año.

Art. 7º Los gastos ocasionados por esta publicación serán cubiertos por la asignación de los Anales.

Por lo que respecta al corriente año, el número extraordinario aparecerá en Enero próximo, y el nombramiento de la comisión *ad hoc* se hará inmediatamente por la C. D.

Fueron nombrados para el año 1898, los doctores Wernicke, Araoz Alfaro y Aberastury.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Julio 15 de 1898 Nº. 13

G. BORN. VERWACHSUNGVERSUCHE MIT AMPHIBIENLARVEN

Engelmann, Leipzig, 1897. 224 pag., II láminas

por el Profesor **R. Wernicke**

Pocas veces he tenido mayor curiosidad por leer un libro que la que tuve al hojear al de que hoy me ocupo.

Sabía ya por breves extractos, que *Born* había conseguido formar verdaderas duplicidades ó monstruos dobles, pero necesitaba conocer sus procedimientos, imponerme en detalle de sus experiencias.

Las sorpresas que tuve pasaron más allá de lo que pude imaginarme. No habiendo hallado en periódicos franceses (que son los que aquí se leen) reseña alguna de tan interesante estudio, me pareció conveniente ocuparme del mismo en estos *Anales*.

Born empezó sus experiencias en el año de 1894 y sobre sus estudios, hechos durante casi tres años, nos habla en su libro.

Parece que como punto de arranque de sus investigaciones, partió *Born* del hecho constatado por *Vulpian* en 1858 de que renacuajos soportaban muy bien enormes traumatismos y que fragmentos de esas mismas larvas seguían creciendo por algún tiempo formando al mismo tiempo, cicatrices perfectas en las superficies de sección que su cuerpo presentaba, cicatrices en las cuales se hallaba una cubierta perfecta del epitelio que reviste su cuerpo.

Born experimentó con cuanta larva de anfibio pudo obtener, llegando á convencerse de la gran superioridad que ofrecen las larvas de la rana esculenta sobre los demás congéneres—á tal punto, que dice que las larvas de la R. esculenta constituyen el material clásico para la repetición de sus ensayos (*).

Las fusiones ó composiciones, como las llama nuestro autor, se pueden hacer entre ejemplares de la misma especie, como entre ejemplares de especies distintas; en el último caso las dificultades que se presentan al éxito son mayores.

Se trabaja con renacuajitos aun encerrados en sus huevos de 3 á 4 milímetros de largo, época en la cual se ha cerrado justamente su canal dorsal (ó nervioso).

Se saca á las larvas de las masas mucoalbuminosas que forman al huevo, usando tijeras, aguja de disección, lanceta, cuchillo de Gräfe, aguja de discisión, agujas de vidrio y otras herramientas análogas. Se trabaja bajo y dentro de solución de cloruro de sodio al 6 ‰. Aisladas las larvas se las puede conservar por varias horas en ese líquido.

Para poder producir composiciones, fusiones ó adherencias es necesario practicar en el cuerpo de esos animalitos heridas más ó menos profundas, juntando luego á dos larvas de manera que las heridas y sus bordes coincidan lo más perfectamente posible en los dos sujetos ó componentes. Para mantener inmóviles á las larvas en la posición que se considera conveniente, se las coloca en poca agua ó solución de cloruro de sodio fisiológica sujetándolas en su sitio por medio de alambre de plata, de grueso, largo y curvadura variables.

La coaptación de los componentes puede hacerse por un miope sin gran dificultad: esta dificultad disminuye usando algún lente ó microscopio de disección.

Las larvas cuya soldadura se pretende efectuar, deben permanecer fijadas de 6 á 24 horas, variando el plazo que debe durar el entablillamiento (si es que es correcta la palabra cuando no se opera con tablillas) según los di-

(*) Nuestras ranas son cystignathus, muy distintas por cierto de las europeas; esperamos poder decir cuando la estación lo permita si sirven ó no para efectuar fusiones.

versos casos y las mayores ó menores dificultades que se hallan para la unión.

Naturalmente es necesario durante ese tiempo no mover tampoco las vasijas en las cuales se conservan los animales en experimentación.

Pasadas las primeras (6 á 24) horas se conserva á los renacuajos acoplados en agua filtrada, debiendo cuidarse de pasarlas del agua salada á agua filtrada, disminuyendo gradualmente la riqueza en *Nace* de la solución hasta llegar á emplear agua pura.

Durante los primeros 10 á 15 días las larvas crecen viviendo de su depósito vitelino, que tienen almacenados las células; pasado ese término es menester proveerlas de substancias alimenticias, algas y otras plantas acuáticas tiernas.

Si se tiene á larvas ó composiciones con aparato digestivo permeable ó poco enredado, puede conseguirse (lo que consiguió el autor) un desarrollo ulterior y aun observar la metamorfosis del renacuajo colado en una rana más ó menos perfecta completamente rabona.

Las experiencias de Born se cuentan por centenares, cientos de animalitos estropeados y cientos de composiciones se perdían por la invasión de ectofitos; otra parte se perdía ó sucumbía por la falta de movilidad, otras se morían por no tener aparato digestivo en aptitud de digerir ó por defectos grandes en los órganos de la circulación, etc., etc.

Las composiciones que pudieran obtenerse agotan casi por completo las permutaciones ó combinaciones imaginables. Toracopagos, Cefalopagos, Pygopagos, etc., etc., pudieron ser obtenidos.

Pudo Born conseguir renacuajos formados de dos fragmentos, uno anterior de cabeza y cuello y uno posterior de abdomen y cola, sin torax, lo mismo que pudo conseguir ejemplares que vivieron y se hallaban formados por la fusión de un ejemplar sin cola con uno sin cabeza—vértebras en número doble, dos corazones, dos hígados, dos estómagos, dos intestinos, como debían producirlo la unión de dos trozos de tal composición.

La soldadura de dos renacuajos no ha sido lo único que se obtuvo; no sería eso sino una especie de injerto como quiso calificar las experiencias de Born, nuestro

distinguido colega *Lahille* (del museo de La Plata). Hay más que soldadura, hay verdadera *fusión* de organismos. Los aparatos puestos en contacto se unen; se juntan de manera á formar una sola cavidad, corazón y vasos, cavidad peritoneal y tubo digestivo, ventrículos cerebrales y globos oculares, todos los órganos análogos el uno con el otro.

Los diferentes aparatos se hallan en relación como puede sólo observarse en verdaderos monstruos dobles.

Todo esto comprobado por disección prolija y por el estudio de cortes aislados ó en serie de los que se construyeron modelos.

Expongo á continuación algunas de las conclusiones (las más importantes á mi juicio) que Born formula en el último capítulo de su libro.

1) Las larvas de muchos anfibios anuros muestran en la época en la cual recién se ha cerrado su canal dorsal y en la cual empieza á destacarse el cráneo y á brotar la cola y aun algo más tarde, un poder especial para sanar de heridas con bordes lisos.

2) Si se colocan dos fragmentos de larvas ó dos larvas á las cuales se han practicado heridas con bordes de sección y superficies de las mismas, que sean lisas, ó un fragmento de larva contra una herida en otra, de manera que haya aplicacion y coaptación perfectas, se consigue la unión de los fragmentos y de las larvas si se las fija en posición conveniente y por el tiempo necesario.

3) Las larvas y los fragmentos de ellas quedan para en adelante en unión orgánica, creciendo y diferenciándose sus órganos, mientras les baste su depósito vitelino para nutrirse.

4) Si al practicarse la composición llegan á tocarse órganos análogos, éstos se unen formando un solo órgano continuo, la unión se hace por los elementos específicos de los órganos. En los casos en que se unen órganos distintos la unión se establece por tejido conjuntivo.

Si los órganos análogos ó iguales son huecos, no sólo se establece la continuidad de las paredes, sino que llega á formarse una comunicación lisa de las cavidades.

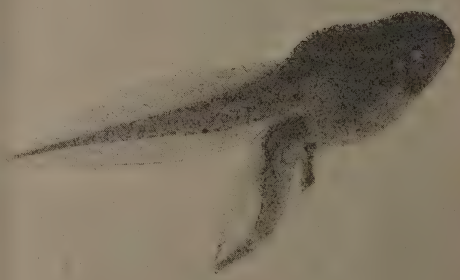
Esto sucede aun para larvas de diferentes géneros y especies. Las diferentes porciones del canal digestivo, lo mismo que las diferentes porciones del canal ner-

Fig. 1.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 5.



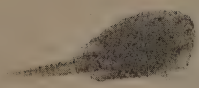


Fig. 2

Fig.

Fig. 7.

Fig. 9.

Fig. 6.

Fig. 10.

vioso incurren con regularidad en esa forma de fusión y comunicación de cavidades.....

.....

8) La unión de los componentes no es solamente anatómica sino en muchos casos perfectamente fisiológica, una fusión funcional.....

.....

10) Que una parte de mis composiciones pueden aspirar al título de *duplicidad* y que realmente les corresponde tal calificación, nadie me lo querrá discutir.....

.....

No continuaremos transcribiendo las demás conclusiones, ni creemos que debamos entrar á reproducir la discusión que de las conclusiones hace el autor. Hemos querido dar una idea de lo que Born ha hecho y terminamos dando la leyenda de la lámina I, que hacemos reproducir, por ser ella la que más llamará la atención de los que, superficialmente por lo menos, deseen conocer los productos ó composiciones obtenidos.

Fig. 1. Porción anterior de una larva y porción posterior de otra: cada fragmento contiene más de medio animal de los que resultó un renacuajo *demasiado largo.* Una inflexión del lomo muestra el punto de la soldadura que se hizo. Esta larva llegó á la metamorfosis completa.

Fig. 2. Fragmento posterior de un renacuajo al cual se agregó una cabeza de otro—*demasiado corto.*

Fig. 3. Dos larvas unidas por el vientre—ya han brotado las patas;—el ejemplar ha llegado más adelante á prepararse á la metamorfosis.

Fig. 4. La porción posterior de una larva fué juxtapuesta á una herida en el abdomen de otra. Han brotado las patas de ambos componentes. La composición sucumbió poco más tarde de haber sido fotografiado y cuando se preparaba á entrar en metamorfosis.

Fig. 5. Composición análoga á la núm. 4; sucumbió, 16 semanas después de la operación al entrar á metamorfosis.

Fig. 6. Fragmento anterior de una larva unido por el abdomen á otro ejemplar: ha crecido y se ha desarrollado bien, hallándose en la época de publicarse el trabajo

en vísperas de perder su apéndice caudal y de transformarse en rana perfecta.

Fig. 7. Composición igual á la anterior.

Fig. 8. Janus - cephalópago: unión de ambos cráneos y encéfalos: está por entrar en metamorfosis en la época en la cual se publica la obra.

Fig. 9. Janus—Unión céfalo encefálica—ha llegado á la metamorfosis completa: la rana más grande se mueve con toda agilidad llevando á su pequeño congénere «á babuchas».

Fig. 10. Dos renacuajos en oposición: se les separó á los dos la punta anterior del cráneo inmediatamente por delante de la fosa bucal: la composición creció lentamente llegando á medir cada larva más de un centímetro; llegó á comer como se pudo comprobar viendo llenos los tubos digestivos; sucumbió 28 días después de la operación por un error de experimentación.

PROF. DR. R. WERNICKE.

Buenos Aires, Julio 10 de 1898.

LA LEPRA EN CORRIENTES

por el Dr. Emilio R. Coni

(Capítulo de la obra «La provincia de Corrientes»)

Corresponde el turno á la lepra, enfermedad que en estos momentos tiene el privilegio de sembrar la inquietud en la población.

Según opinión del doctor Graciano, el padecimiento en cuestión se difunde en proporción alarmante y se cuenta ya de 30 á 35 enfermos en una población de 16.000 almas, más ó menos. Añadiré, por mi parte, que la estadística de mortalidad de 16 años, arroja 13 defunciones de lepra.

No es mi ánimo, ni es tampoco aquí la oportunidad de discutir la etiología de la temible afección. Si bien los prácticos de todos los países están divididos hoy mismo en dos campos: los contagionistas y los anticontagionistas, debo expresar que los primeros constituyen una inmensa mayoría y que los hechos tienden cada vez más á darles razón.

No es cuestión todavía resuelta la trasmisión y la difusión de la lepra. Puedo afirmar con seguridad, sí, que el ser humano constituye el vehículo principal del virus leproso y que la afección reviste carácter contagioso según los más; pero de qué modo se opera la transmisión y qué influencia ejerce sobre ella la herencia, no es posible determinarlo ciertamente, pues, hasta ahora, no hay perfecto acuerdo entre los observadores. Arning y otros autores, admiten la posibilidad de la transmisión de la lepra por la vacunación. El reputado práctico brasileño doctor Souza Lima, refiere un caso curioso de lepra, en estado muy adelantado de la enfermedad, que se restableció completamente, después de una erupción de viruela confluente, de la que el paciente casi falleció. En el Brasil es este el único caso en que la curación haya sido bien comprobada. El hecho sería de naturaleza á autorizar el empleo de la inoculación variólica en el tratamiento de la lepra, si no fuera la dificultad que ofrece la inmunidad vacínica, en aquellos que han sufrido la inoculación, los que constituyen, como se comprende, la mayor parte.

Hasta el presente han permanecido absolutamente infructuosas las investigaciones hechas en los países en que la lepra es endémica, para encontrar el bacilo específico fuera del organismo, esto es, en el agua, en el aire, en el suelo y en los alimentos. Por otra parte, la bacteriología no ha logrado tampoco el cultivo puro del bacilo de Hansen, y las tentativas de inoculación á los animales desde el mono hasta el águila, no han dado resultado alguno.

El suero antileproso preconizado por el doctor Carrasquilla (de Colombia), no teniendo su preparación base científica seria, no ha podido producir resultado favorable en la práctica y debe ser considerado simplemente como la tentativa de un médico que ha querido aplicar á la lepra, los procedimientos seguidos para la difteria, ol-

vidando la notable diferencia, de que en esta última afección es perfectamente conocida la toxina que segrega el bacilo respectivo, mientras que no sucede otro tanto con el bacilo leproso.

En algunos países en que reina la lepra, se han destinado hospitales especiales y asilos para los enfermos; tales son, por ejemplo, la Noruega y el Brasil, cuya última estadística arroja alrededor de 3000 leprosos en todo el territorio de la Unión.

El doctor Magalhaes, de Río de Janeiro, que es un anticontagionista convencido, no deja sin embargo de proponer el aislamiento de los leprosos, indicando la creación de *villas* para dichos enfermos, á ejemplo de lo que se hace en Molokai, en las islas Sandwich.

A este propósito dice el mismo médico brasileño en su libro (1):

«Conviene observar que no se trata de un aislamiento provisorio, reclamado por la sanidad pública en relación á enfermedades de evolucion rápida, infecto-contagiosa como la fiebre amarilla ó contagiosa como la viruela; sino de una segregación perpetua, en virtud de una afección cuya contagiosidad está controvertida ó cuyo contagio concedido por hipótesis, es raro, mínimo, difícil en la opinión de los que lo admiten.»

Sin duda alguna tiene mucha razón el doctor Magalhaes al sostener que el aislamiento de los leprosos ofrece inmensas dificultades en la práctica, pero á mi juicio la esperiencia de la Noruega donde la existencia de hospitales especiales ha hecho disminuir sensiblemente la enfermedad, se presenta á los demás pueblos como ejemplo digno de imitarse.

El doctor Acevedo Lima, en su informe sobre el hospital de lázaros, de 1886, dice lo siguiente, muy aplicable á Corrientes:

«El problema sanitario relativo á la lepra necesita ser resuelto para satisfacer en general el clamor justísimo de las clases sociales expuestas á contraer esta afección, que entre nosotros ha tomado, principalmente en algunos estados del país y de esta capital, una expansión extraordinaria, que está exigiendo medidas sanitarias

---

(1) *A morphea no Brasil* (1892). *A morphea é contagiosa?* (1893).

radicales. Es poco lo que practicamente hemos conseguido, pues que *siendo la hospitalización una de las medidas más provechosas, entre nosotros ha sido ilusoria:* ó los pacientes solicitan el ingreso al hospital, cuando ya exhaustos y en período de caquexia y por lo tanto piden un abrigo en sus últimos días ó vienen aquí para pasar una temporada, para luego que se sienten mejor, volver á la vida anterior, y así por repetidas veces.

«En el espíritu actual de la época, es difícil contener á estos infelices, á quien será justo concederles el alta, cuando cuentan con recursos, para sí ó sus familias, á fin de vivir en sus casas; la gran mayoría, sino todos los que recogen en aquel hospital, ó son allí llevados, proceden de las últimas capas sociales y están desprovistos hasta de medios de subsistencia. Es por esto que se hace necesario impedir esas altas frecuentes, solamente permitibles en casos particulares, ó cuando las mejorías consecutivas al tratamiento sean tales, que importen una curación aunque sea relativa.»

En informe anterior, he demostrado la importancia de la bacteriología para establecer el diagnóstico de la lepra incipiente ó dudosa. En estos casos, la investigación de los bacilos en la sangre se impone con toda evidencia.

La lepra no tiene predilección por las razas negra ó mulata. Si éstas están atacadas con más frecuencia, es que el género de vida que llevan, las expone más á contraer la enfermedad.

El desarrollo de la lepra está favorecido por la suciedad y de un modo general por todas las causas de insalubridad; pero en los lugares en que existen focos endémicos, la lepra no respeta á los individuos que gozan de todo el confort de la vida.

En Corrientes, según informes recogidos, la mayor parte de los leprosos ofrecen la forma mixta. Por otra parte, la distinción de la lepra tuberculosa y lepra maculosa no es absoluta: casi todos los casos de lepra tuberculosa están complicadas de exantemas maculosos, y en los individuos en que la enfermedad reviste la forma maculosa anestésica, se observan con frecuencia infiltraciones necrósicas de la piel y aún nudosidades subcutáneas.

La lepra no es incurable en absoluto, pero las curaciones no deben atribuirse á los agentes terapéuticos puestos en obra. Tengo en mi práctica profesional un caso de lepra anestésica en su principio, curado espontáneamente.

La profilaxia más eficaz á establecerse en Corrientes, debe basarse sobre las medidas siguientes:

1ª Difundir en las familias la noción del contagio de la lepra, señalándole las precauciones aconsejadas por una higiene racional. Al efecto, he incluído la enfermedad entre las de notificación obligatoria, para que la Dirección de Salubridad, teniendo conocimiento de todos los casos existentes en la ciudad, pueda ejercer vigilancia sobre ellos;

2ª Secuestrar y aislar en un asilo especial á los que no tengan recursos de vida, que sin duda constituyen la mayor parte de los leprosos;

3ª Desinfectar prolijamente la habitación del leproso fallecido ó trasladado de domicilio, como también su ropa ú objetos de uso;

4ª Impedir á los leprosos el ejercicio de ciertas profesiones; carnicero, lechero, panadero. etc. Prohibir igualmente el matrimonio de un leproso.

REVISTA DE LA PRENSA

BEHRING.—*La toxina de la tuberculosis*. (Congreso de Madrid).

Desde la determinación del bacilo de Koch, todos los trabajos sobre la tuberculosis han tomado ese descubrimiento como punto de partida, y la idea primaria se ha visto pronto aumentada con gran cantidad de otras. Muchas no han dado el resultado que prometían: no se ha encontrado, por ejemplo, la vacuna de la tuberculosis. No puede negarse que el descubrimiento de la tuberculina formó época; pero nadie sabe lo que de él quedará. Por mi parte, yo esperaba hallar una antitoxina activa de la tuberculosis con una toxina corres-

pondiente; pero hasta el momento actual no he llegado á lo que me proponía. Y hasta sería acaso excéptico cuanto á obtener un feliz resultado á este respecto, si no hubiese observado que ciertas aves eran mucho más favorables á este orden de investigaciones que los mamíferos. Por lo demás, con la antitoxina tuberculosa es posible comprobar la toxina tuberculosa.

Con sosa y con otros reactivos, se puede extraer de los bacilos de la tuberculosis una mucina, así como otras substancias químicas. Estos cuerpos no tienen nada que ver con la toxina de la tuberculosis. Si se somete á los bacilos á una temperatura de 150°, si se les desgrasa y se les trata con agua glicerinada, obtiénense unos cuerpos albuminosos insolubles, que presentan una virulencia veinte veces más elevada. No hay, pues, identidad entre la toxina de la tuberculosis y la substancia primitiva.

Importaba averiguar si las numerosas manifestaciones á las cuales se somete á los bacilos han modificado la toxina en su constitución química. Pero nada de esto ocurre. Para probarlo, bastaba observar que una dosis dada de antitoxina cura tan bien la infección por la substancia bacilar primitiva como la infección provocada por una cantidad equivalente del extracto que ha sufrido múltiples operaciones químicas que acabo de enumerar.

Para dar una idea de la virulencia de la substancia que yo he aislado, citaré las siguientes cifras: si se representa la virulencia de la tuberculina de Koch por 25—40 *m.*, 1 gramo de un precipitado al alcohol tiene una toxicidad de 250—350 *m.* Pues bien el cuerpo que yo he encontrado es 80 veces y hasta 100 veces más activo.

La especificidad de mi toxina resulta también probada por su acción sobre el cobayo. Existe una relación constante entre las dosis de un bacilo mortal para un cobayo sano y la que produce el mismo efecto en el animal tuberculoso. Esta relación es idéntica con mi toxina, y este hecho de obtener el mismo resultado con ambas substancias es una demostración concluyente de la identidad de su principio.

La unidad de este último se revela asimismo por las relaciones cuantitativas: 1 kilogramo de bacilos tratados por mi procedimiento da 600 gramos de substancia desgrasada (1 gr. = 250 m.). Después de la pulverización del extracto en agua glicerinada, queda todavía 40 á 50 % de substancia. La dis-

minución de la virulencia no es más que de 30 á 40 %. Esta merma sería mucho más considerable si la naturaleza de la toxina fuese alterada por la preparación.

Yo he obtenido igualmente una antitoxina operando ciertos pasajes por el caballo.

De lo que acabo de exponer resulta que nos hallamos en presencia de un caso análogo al de la difteria y del tétanos. Hay, sin embargo, una diferencia marcada. En el tísico no podría inyectar más de 0,5 c.c. á 10 c.c. sin ver producirse efectos generales y locales.

Yo siento como principio que la inocuidad de una antitoxina es indispensable para permitir su aplicación. Pero es necesario que se sepa muy bien si las acciones accesorias de la tuberculina que contraindican su empleo son el resultado de la antitoxina ó del suero. Pues bien; tomando el suero de caballos sanos, obtiénense acciones accesorias enteramente idénticas á las que se observan después de la inyección de suero de caballos inmunizados. Es este un hecho muy importante para la clasificación de estos efectos accesorios. Hasta hoy, por lo demás, las observaciones hechas á este respecto no concuerdan entre sí.

Existen todavía otros muchos obstáculos que se oponen al tratamiento específico de la tuberculosis y que habrán de ser vencidos antes de que este tratamiento pueda entrar en la práctica. Su aplicación es mucho más fácil en los bovídeos, en los cuales es posible *curar* una tuberculosis declarada. En el hombre, es ya muy distinto lo que ocurre, pues el tratamiento de la tuberculosis por medio de la toxina produce en ciertos sujetos una exacerbación seguida á menudo de un desenlace fatal. En los animales, esto importa poco, y no hay que tener en cuenta más que consideraciones económicas. Si sobre 100 animales inyectados con suero se llegan á curar 90, es evidente que debe adoptarse el tratamiento específico. Pero si la aplicación del suero pone en peligro una sola existencia humana, ese tratamiento resulta ya impracticable. En la escuela veterinaria de Berlin, se van á llevar á cabo experimentos en gran escala para determinar el valor del tratamiento sueroterápico de la tuberculosis.

Un punto importante en que hay que fijarse, es la necesidad de conocer el grado de virulencia de la toxina. Para esto se hace indispensable la inspección ejercida sobre la fabricación de las preparaciones por una persona competente. Se-

ría grandemente útil que se organizara una inspección internacional con objeto de sustraer la comprobación del suero al industrial que lo produce.

LÖFFLER.—*De la fiebre aftosa.* (Congreso de Madrid).

La introducción por Koch de métodos bacteriológicos especiales, fué el punto de partida de numerosos trabajos que nos trajeron el descubrimiento de muchos gérmenes infecciosos. Sin embargo, existen todavía gran número de enfermedades cuyo agente patógeno ha quedado ignorado. Según toda probabilidad, este estado de cosas se explica por ciertas condiciones particulares en las cuales se halla precisamente el microbio productor de la enfermedad. *A priori* se puede suponer que las cortas dimensiones del microorganismo pueden ser una causa de dificultades para su descubrimiento. Desde este punto de vista es como yo he estudiado la fiebre aftosa.

Sabido es que el virus de esta afección es acumulado en vesículas que se producen en el buey y en el cerdo. Punciónando asépticamente tales vesículas, no se observaba nunca en ellas la presencia de gérmenes; y sin embargo, una cantidad muy reducida de líquido así extraído provocaba la enfermedad, ya se inoculase aquélla debajo de la mucosa bucal, ó bien que fuese inyectada en la sangre. Era, por consiguiente, verosímil admitir que se trataba de un microorganismo aun desconocido. Pues bien; filtrando el líquido vesicular sobre porcelana, notábase que la serosidad filtrada producía la fiebre aftosa típica. Era cuestión de determinar su origen, presentándose dos elementos como posibles: ó un veneno soluble, ó un fermento figurado bastante diminuto para que pudiera pasar á través del filtro. La solución de este problema ha ofrecido muchas dificultades.

Si fuese posible reproducir la enfermedad después de filtraciones y de inyecciones alternas y repetidas, se tendría la seguridad de que efectivamente se trata de un microorganismo. Pero después de varias filtraciones é inyecciones sucesivas observóse una notable atenuación en la virulencia del veneno. Era, pues, imposible llegar á un resultado siguiendo esta vía, y de ahí que fuese necesario recurrir á otro método. He aquí de que manera hemos realizado nuestro objeto:

Hemos tomado 1/50 del contenido de una vesícula aftosa del cerdo. Este líquido era diluido, filtrado, luego inyectado á la ternera por la vía sanguínea. De una de las ve-

sículas producidas en la ternera inoculada se tomaba una muestra análoga, que era sometida á las mismas manipulaciones que la precedente.

Admitiendo que cada vesícula contuviese 3 c. c. de serosidad cada inoculación representaba 1/150 de c. c. Como hemos operado 6 pasajes sucesivos con la misma serosidad filtrada después de cada extracción, el último animal ha sido inoculado con la sexta parte de 1/150 de c. c. lo cual representa una dosis infinitesimal. Es imposible admi ir que un veneno ejerza ninguna acción en este estado de dilución. Hay que pensar, por el contrario, que nos hallamos en presencia del microorganismo productor de la fiebre aftosa. Este microbio tiene seguramente dimensiones sumamente minúsculas, que se pierden más allá del límite de la visibilidad. Heme esforzado por cultivar ese agente, pero no lo he conseguido sino en un medio animal; todas mis demás tentativas con los medios usados habitualmente han fracasado.

Como los trabajos de Pasteur y los más recientes de Koch nos han enseñado que es posible curar enfermedades tales como la rabia y la peste bovina, cuyo agente patógeno es desconocido, hemos investigado si existía un medio profiláctico contra la enfermedad de referencia. Hemos hallado substancias activas en la sangre de los animales á los cuales hemos inoculado la fiebre aftosa. Mezclando esa sangre con la serosidad é inyectando luego esta mezcla, la enfermedad dejaba ya de declararse. Más aún: ha sido posible crear de este modo una inmunidad suficiente para proteger á la mayoría de los animales contra la infección. Nosotros hemos podido tratar á animales curados con dosis crecientes de serosidad aftosa. Para hacer enfermar á un animal intacto, basta con 1/20000 de c. c., mientras que un animal tratado como queda dicho puede soportar 1/100 de c. c. Hemos llegado á aumentar estas dosis hasta 1, 2 y 3 c. c. De este modo se hace posible vacunar, al menos temporalmente, á animales que no hayan contraído aún la enfermedad; en caso de epidemia, se podrá preservar los establos cuyas reses no hubiesen sufrido todavía nigun ataque por medio de inoculaciones preventivas contra la afección aftosa.

Mikulicz. *De la asepsia quirúrgica.* (XXVII Congreso de Cirugía de Berlín).

He tenido ya la ocasión de comunicaros las tentativas que tengo hechas en mi clínica para perfeccionar la asepsia operatoria

y hoy á vengo hablaros de los últimos experimentos instituídos en parte con el Sr. Flügge, con el fin de asegurar una asepsia cada dia más perfeccionada en todo lo que respecta á las intervenciones quirúrgicas. No hablaré aquí en detalle de la esterilización de los instrumentos y del material de vendaje puesto que desde los trabajos de von Bergmann y del Schimmelbusch, sabemos todos á qué atenernos en este punto. Señalaré, sin embargo, un pequeño inconveniente de que adolecen los actuales métodos de esterilización de los vendajes por medio del vapor, y que consiste en que hasta ahora, ha sido imposible saber si los objetos de cura se hallan realmente esterilizados en el momento que son sacados de la estufa, es decir, si han sufrido la influencia del vapor durante el tiempo requerido.

He aquí, entre otros, un procedimiento que permite efectuar esa comprobación necesaria:

Consiste en el empleo de una tira de papel sobre la cual está impresa en caracteres negros la palabra « esterilizado » Se impregna este papel de solución yodo-yodurada de Lugol por cuyo medio queda teñido enteramente de negro, haciendo desaparecer de él los caracteres de impresión. Se coloca una tira así preparada en cada caja de hojalata, que encierra los objetos de cura, antes de llevarla á la estufa. Pues bien; la coloración negra producida por la solución de Lugol, desaparece bajo la influencia prolongada del vapor, y nuestros experimentos han probado que las piezas de cura pueden considerarse como absolutamente esterilizadas tan luego como la decoloración se ha efectuado. La reaparición de la palabra « esterilizado » sobre las tiras de papel demuestra, por consiguiente, la esterilidad completa del material encerrado.

Mencionaré sólo de paso ciertos aparatos compulsadores más complicados cuyo principio está basado en la temperatura de fusión más ó menos elevada de diferentes substancias, ó en la dilatación de los metales por el calor.

Si bien es fácil obtener la asepsia perfecta de los instrumentos y del material de curacion, no sucede ya lo mismo con el aire ambiente, con el campo operatorio ni con las manos del cirujano. Hablemos ante todo del aire.

Sabido es que Lister ha atribuído una importancía exagerada á este elemento de infección, al paso que ha sido, por el contrario, harto descuidado en el transcurso de estos últimos años, como lo demuestran los experimentos de Flügge. Los

gérmenes infecciosos se encuentran en el aire, ora bajo forma de polvos, ora en suspensión en gotas microscópicas de líquido. La primera forma no presenta grandes inconvenientes, á no ser que se trate de locales contaminados frecuentemente por la existencia de pus: en estas condiciones, en efecto, ha sido como se ha observado la presencia de una forma virulenta de estafilococo dorado en el aire de una sala de operaciones.

Una acción mucho más importante corresponde, según nuestras investigaciones, á los microorganismos encerrados en gotitas de líquido, cuyo origen principal reside en el aire expirado por el operador y por sus asistentes. El examen de la cavidad bucal de 48 individuos sanos ha permitido el Sr. Flügge descubrir la existencia de un estafilococo virulento en la tercera parte de dichos sujetos. En varios de ellos encontró también estreptococos. Es evidente que esos microbios aumentan considerablemente de número y de virulencia tan luego como se trata de una persona atacada de angina ó de otra cualquiera afección de la cavidad bucal.

Está, pues, indicado que se observe un silencio lo más completo posible, mientras dura la intervención operatoria. El peligro de infección será por otra parte tanto menor cuanto menos se prolongue la operación. Nosotros hemos probado apartar enteramente ese peligro cubriéndonos la nariz y la boca con una venda de gasa, pero como esta venda era muy incómoda, la hemos reemplazado por un antifaz muy ligero semejante á la máscara de Esmarch, y retenido en las orejas á la manera de unos anteojos. Ciertas investigaciones bateriológicas me han probado que es necesario cubrir ese antifaz con una doble capa de gasa para evitar la penetración de los gérmenes infecciosos en el aire ambiente pero que esta doble capa es todavía insuficiente *vis-á-vis* de las gotitas proyectadas fuera de la boca por el estornudamiento.

Cuanto á la desinfección del campo operatorio, la asepsia completa no es posible sino en una quinta parte de los casos y es irrealizable para ciertas partes, del cuerpo, tales como la región inguinal y el periné; será bueno, por tanto, que se proteja la sutura cutánea por medio de una pasta ligeramente desinfectante, tal como la pasta de airol ó simplemente la pasta de de óxido zinc.

Llego, por último, á la desinfección de las manos del ciru-

jano. Numerosos experimentos han demostrado que con los procedimientos usuales se llega á obtener á lo sumo la asepsia de las capas superficiales de la epidermis, en las tres cuartas partes de los casos. Esta asepsia, por los demás, es de corta duración, siendo cosa fácil en efecto, asegurarse que al final de una operación, un poco larga, la piel contiene de nuevo un cierto número de microorganismos. En cambio las manos provistas de guantes se mantienen mucho más tiempo asépticas. Los guantes de hilo, que recomendamos el año último distan de realizar el ideal, y nosotros admitimos de todo punto la opinión del Wolfler relativamente á las cualidades que hay que exigir para los guantes de operación. Sin embargo, no existe todavía ninguna especie de guante que reuna todas estas condiciones. Desde hace algún tiempo, pues, nosotros completamos la desinfección de nuestras manos—según el consejo del Sr. Roux (de Lausana)—por mèdio de la aplicación de tintura de yodo sobre la última falanje; luego calzamos guantes de hilo. Los resultados que hemos obtenido procediendo de este modo son grandemente satisfactorios, puesto que en una serie de 70 operaciones asépticas no hemos tenido ni un solo caso de infección.

A. Chipault.—*Nuevas observaciones sobre el tratamiento de la epilepsia por la resección completa de los ganglios cervicales superiores del simpático.* (Academia de Medicina de París.)—Desde que tuve el honor de llamar vuestra atención sobre el tratamiento de la epilepsia por la resección completa de los ganglios cervicales superiores del simpático, han llegado á mi conocimiento otros hechos nuevos, publicados ó inéditos, y he tenido ocasión de operar, entre otros, dos enfermos.

Las 38 intervenciones nuevas confirman en absoluto mis dos conclusiones:

1ª La benignidad de las intervenciones sobre el simpático en la epilepsia, unidas á las 31 operaciones coleccionadas en mi trabajo anterior, suman un total de 69 casos, sin incidente ó accidente operatorio.

2ª La necesidad absoluta para hacer una intervención fructuosa, debe comprender entre sus tiempos la resección completa de los ganglios cervicales superiores; una simpaticomía subganglionar y otra simpatectomía media, han producido dos fracasos: no me sorprende porque estas técnicas operatorias son en la epilepsia tan insuficientes como la sec-

ción de un filete sub-orbitario en una neuralgia facial de causa gasseriana. Las intervenciones suficientes comprenden como tiempo único y principal, la resección completa de los ganglios cervicales superiores.

Referiré dos observaciones personales:

Observación 1ª—Un niño, de dos años y medio, padecía desde tres meses antes epilepsia, que ocasionaba un número incalculables de crisis, unas 100 por día, con caidas casi siempre á la izquierda. El niño estaba poco desarrollado; sólo conocía á su padre, no hablaba y estaba apático y triste. Se practicó la craniectomía extensa en el lado derecho: resultado nulo. Cinco días después, se hizo la resección fácil y completa de un ganglio superior derecho, cuyo volumen excedía al que suele tener en esta edad. Ligera ptosis del lado operado, dilatación pupilar notable en el opuesto. Al día siguiente tuvo el enfermo sólo dos crisis, y al tercero una; en los sucesivos se observaron únicamente algunos ligeros espasmos oculares. La inteligencia del enfermo fué haciéndose poco á poco normal; en la actualidad, se halla curado por completo.

Observación 2ª—Una señora, de treinta y tres años, padecía crisis epilépticas nocturnas con caída del lecho, casi siempre del lado izquierdo, palidez de la cara, espuma sanguinolenta y micciones involuntarias. Estas crisis, la primera de las cuales sin causa apreciable, se remontaba á un año, eran poco frecuentes, pero habían modificado de un modo notable el carácter de la enferma; era, hablando con propiedad, una desequilibrada, que daba proporciones grandísimas á lo que no tenia importancia, y no se fijaba en cuestiones mucho más importantes; al hablar de la operación quiso saber con exactitud la longitud de la cicatriz y el número de cabellos que sería necesario cortarla; lo demás la tenía sin cuidado. La operé el 16 de marzo; á la derecha, simpático cervical normal; á la izquierda, en la continuidad del *nervio*, debajo del ganglio superior, tumor encapsulado y sin adherencias, del tamaño de una nuez gruesa, que extirpé sin modificar los tiempos ordinarios de la simpatectomía. Presento el ejemplar, quizá único, considerado como mixoma del simpático. El resultado operatorio fué completo.

He aquí dos observaciones que llenan todas las exigencias del determinismo terapéutico más severo. En la primera es imposible atribuir el resultado obtenido á la influencia del

traumatismo, porque una intervención anterior mucho más grave había sido ineficaz, ni á la influencia de solicitudes particulares, porque el enfermo se encontraba exactamente en el mismo medio antes que después de la simpacectomía: declaro también que no me parece suficiente la intervención de factores puramente fisiológicos para explicar un despertar tan rápido de la inteligencia, ni la desaparición de las crisis epilépticas, que de 100 disminuyeron en tres días á 2, 1 y 0: desaparición notable, no sólo por su intensidad, sino por el carácter gradual que se observa después de todas las intervenciones contra padecimientos que se manifiestan por síntomas intermitentes: neuralgias, tic, epilepsia jacksoniana. Libre del agente patógeno, el sistema nervioso exige algunos días para perder sus malos hábitos. Si de la primera observación paso á la segunda, la encuentro más notable aún porque la epilepsia dependía de un neoplasma del tronco simpático formado cerca del ganglio cervical superior, lo que me ha hecho tocar, por decirlo así, con el dedo la rueda principal del mecanismo epileptógeno. Añadiré que ninguno de estos operados ha vuelto á tomar bromuro después de la operación.

No creo que una vez practicada la simpatectomía haya terminado el tratamiento; creo, por el contrario, que es entonces más útil que antes la vigilancia higiénica, moral y médica del enfermo; el cerebro, trastornado durante mucho tiempo, recupera con la mayor facilidad sus malos hábitos. Es necesario sostenerle en esta lucha. Cuando se triunfa definitivamente puede decirse: antes de la simpatectomía han fracasado todos mis métodos; después he conseguido con ellos la desaparicion ó la mejoría notable de los síntomas contra los que luché en vano mucho tiempo: debo el resultado á la simpatectomía.

Los resultados de la simpatectomía son algunas veces medianos y otras nulos. Demuestran que es indispensable la selección cuidadosa de los casos.

A. Broca.—*Investigaciones experimentales acerca de la infección y desinfección de las heridas por armas de fuego.* (Sociedad de Cirugía de París.)—En el tratamiento de las heridas por armas de fuego, es muy importante saber si la infección de dichas heridas es primitiva, debida á la bala ó á los diversos cuerpos extraños, ó si es secundaria. Los experimentos hechos en Alemania, acerca de este asunto, han conducido á sus autores á resultados contradictorios. El profesor

E. Tavel (de Berna), acaba de dirigir nuevas investigaciones verificadas por sus discípulos N. Pustoschkin, A. Muller, T. Probst, F. Schwarzenbach y F. H. Koller, cuyo resumen es el que voy á someter á vuestra apreciación. Todos los experimentos han sido hechos con el fusil militar suizo, modelo de 1889. La bala, de 7 milímetros y medio de diámetro, era de plomo endurecido con casquete de acero, y se disparaba unas veces esterilizada y otras infectada con un microbio determinado, contra una caja de hoja de lata llena de gelatina. Pustoschkin ha disparado primero en la gelatina con balas esterilizadas en el fusil, pero infectadas por pasar á través de un pedazo de ropa infectado, ó infectadas directamente en la parte correspondiente al cuerpo ó en la que corresponde á la punta antes de colocarlas en el fusil. En los dos casos, después de un simple disparo, el trayecto es manifiesta y seguramente infectado; pero después de disparos de repetición las colonias son más espaciadas, y algunas veces hasta nulas. Para explicar esta esterilización, cuando menos relativa, de la bala pueden invocarse dos factores: 1º, el calor que adquiere la bala; 2º, el frote que sufre en el cañón del fusil, de donde una acción mecánica. El Dr. Tavel cree más en esta segunda causa, puesto que la esterilización nunca es completa por una bala estéril disparada á través de ropa infectada; por otra parte, también es menor la esterilización, cuando la bala ha sido infectada por parte de la punta, que no frota, que cuando lo ha sido la porción restante. Y para comprobarlo mejor, después de haber disparado una bala infectada, se ha disparado una bala estéril, de modo que se pudiera saber si quedaban microbios en el cañón del fusil; pues el trayecto de esta segunda bala en la gelatina, si no siempre, cuando menos casi siempre resulta estéril. Luego, casi siempre un disparo basta para esterilizar el cañón, aunque la bala haya sido artificialmente infectada.

Ahora bien, ¿los microbios que consigo lleva la bala, conservan su virulencia? Esto es lo que ha investigado A. Muller. Aquí los experimentos se han verificado en el animal vivo; las balas se han disparado en los muslos del conejo, evitando que se hiriera el fémur y la arteria femoral. Cuando se conseguía esta condición anatómica, el animal siempre sobrevivía á la herida por una bala estéril. Al contrario, sucumbía siempre si la bala estaba infectada directamente ó por pasar á tra, vés de ropa infectada, y la muerte se presentaba con una

rapidez y con accidentes locales y generales, que excluyen la idea de una atenuación de virulencia por el calor ó el frote. La asepsia absoluta de una herida, aunque sea operatoria, nunca se obtiene; pero cuando la virulencia de los microbios es mediana ó débil, y cuando su cantidad es pequeña, se presenta ó no la infección, según se preste ó no el terreno. El Dr. Tavel nos resume los experimentos, por medio de los cuales, sus discípulos Lwowitch y Dorst, han puesto de manifiesto el papel desfavorable de los hematomas. Las heridas de arma de fuego presentan condiciones anatómicas favorables á la infección, puesto que proyectan, algunas veces á gran distancia, particulas de cuerpos extraños. Este efecto explosivo, que hace realmente ilusoria la desinfección, ha sido obtenido bajo la dirección del Dr. Tavel. Con balas que llevaban una capa de polvo de carbón, Koller ha puesto en evidencia dicha diseminación. En una herida rodeada de fisuras de este modo, los microbios pululan sin duda con gran facilidad. Probst, con balas hechas sépticas con una cantidad determinada de un microbio dado, ha probado claramente que con igual inoculación, una herida por arma de fuego da lugar á accidentes más graves que un herida por instrumento cortante. En cuanto á la infección primitiva de la herida, Schwarzenbach ha visto que, á pesar de lo que se ha dicho, basta para que se infecte, que la bala haya atravesado una ropa usada. Luego en la práctica corriente, se debe admitir que toda herida por arma de fuego, es víctima de una infección primitiva, ligera ó grave. Por lo tanto, Tavel cree que ha de ser útil desinfectar primitivamente la herida, al contrario de lo que creen Bergmann y Lagenbuch. De todos modos se desprende de otra serie de experimentos verificados por los discípulos de Tavel que, por una herida de las partes blandas, cuanto menos se hace tópicamente, tanto mejor; no se debe pensar en desinfectar primitivamente una herida de las partes blandas, hecha excepción de las indicaciones operatorias desprendidas de las lesiones osteo-articulares, vasculares y viscerales. Un simple apósito oclusivo basta y se vigilará al herido para obrar rápidamente si se presentan complicaciones.

Hoffa.—*Tratamiento de la gibosidad pottica por el método de Calot.* (*XXVII congreso alemán de cirugía*).

H. establece primero que el método de Calot está lejos de ser inofensivo, puesto que ya se cuentan 14 muertes post-operatorias debidas á él. La espondilitis antigua, el volumen

considerable de la gibosidad, los abscesos por congestión, son otras tantas contraindicaciones del enderezamiento brusco.

En cuanto al enderezamiento lento, opina H. que no debe tentarse sino en enfermos en los que se constata una diminución espontánea de la gibosidad cuando el sujeto está suspendido en posición horizontal mirando el dorso para arriba. Si esto sucede, se aprovecha la lordosis espontánea así producida para aplicar un aparato de yeso; se coloca al enfermo en la cama donde debe guardar el decúbito dorsal durante mucho tiempo. H. ha empleado este método en 21 casos, pero no puede pronunciarse todavía sobre los resultados definitivos de él; en dos enfermos ha producido la desaparición de la parálisis.

Se puede evitar la formación de la gibosidad, inmovilizando la columna vertebral desde el principio de la espondilitis.

Emmet Holt.—*Abscesos del cerebro en los niños* (*Archiv. de pediatria*).

El estudio de 32 casos lleva al autor á las conclusiones siguientes:

1º Los abscesos del cerebro, en cuya etiología los traumatismos y las otitis desempeñan el principal papel, son raros en los niños de menos de cinco años. Se observan raras veces á consecuencia de una otitis aguda, sobrevienen más á menudo en las otitis mal cuidadas, crónicas, consecutivas á una lesión del peñasco.

En los casos cuya etiología es obscura, el absceso es casi siempre el resultado de una infección auricular que puede no haber producido un escurrimiento.

2º El desarrollo de abscesos á consecuencia de traumatismos sin fractura del cráneo, es muy raro. En casi todos los casos de origen traumático los síntomas cerebrales aparecen durante la primera quincena que sigue al accidente. En los casos en que se manifiestan más tarde, el absceso no deriva del traumatismo, sino de otra causa, que es á menudo una otitis latente.

3º En un gran número de casos el absceso cerebral no se manifiesta sino por síntomas generales. Los síntomas de lesiones en foco pueden faltar, á menos que se trate de los producidos por la meningitis. Las perturbaciones de la movilidad pueden ser reconocidas, pero las de sensibilidad son difíciles de reconocer, especialmente en los niños muy chicos.

4º La marcha rápida, la existencia de la fiebre, la existencia de un traumatismo permiten generalmente hacer el diagnóstico diferencial con los tumores del cerebro En los casos de evolución subaguda, la punción lumbar puede servir para el diagnóstico. El diagnóstico diferencial con la meningitis es difícil y á menudo imposible.

5º En los niños pequeños, la operación es grave y no debe ser hecha sino existen síntomas bien localizados, entre los que se cuenta en primer lugar la meningitis.

L. Concetti.—*Composición química y propiedades bactericidas del líquido hidrocefálico* (*Archiv. für Kinderbeilk*).

Estas investigaciones se han hecho con el líquido obtenido por la punción de los ventrículos de dos niños hidrocefálicos. Uno era heredo-sifilítico de cinco meses de edad y en el otro de un año la hidrocefalía se había desarrollado después de una gastro-enteritis. El líquido era perfectamente límpido en los dos casos, tenía una densidad de 1005 á 1010; en el primer caso contenía 0,20 por mil de albúmina antes de la punción y 0,25 por mil después; en el segundo caso había trazas de albúmina antes de la punción y 0,15 por mil después. No contenía glucosa, ni peptonas, ni úrea.

Este líquido ha sido utilizado por el autor como líquido de cultura para estreptococos, estafilococos, neumococos y bacilos coli; las culturas desarrolladas se estudiaban en seguida bajo el punto de vista de virulencia comparativamente con culturas hechas en los medios comunes. Las inoculaciones hechas á animales demostraron que las culturas en líquido-hidrocefálico eran menos virulentas que las culturas en un medio ordinario.

El autor saca en conclusión, que los líquidos hidrocefálico y cerebro-espinal poseen propiedades bactericidas que se oponen á la invasión de las meninges por gérmenes infecciosos.

Círculo Médico Argentino

Obras entradas á la Biblioteca en la primera quincena de Julio de 1898

DONACIONES DE LOS AUTORES

Revista del Museo de La Plata, tomo VIII, Director, Dr. F. P. Moreno.

Datos para la Materia médica mexicana, tomo II, edit. por la Secretaría de Fomento de México.

Premiers soins á donner en cas d'accidents subits — dos ejemplares — por el Dr. Von Esmarch.

DONACIÓN DEL DOCTOR M. ABERASTURY

Anatomie chirurgicale.....	por	Anger.....	1	tomo
Des Anevrysmes.....	»	Broca.....	1	»
Fisiología Humana.....	»	Beclard.....	1	»
Manuel operatoire.....	»	Farabeuf.....	1	»
Anatomía descriptiva	»	Jamain.....	1	»
Histologia	»	Fort	1	»
Clinique medicale (Lariboisière)	»	Jaccoud.....	1	»
Patologie interne.....	»	Dieulafoy	2	»
Dermatologie — Maladies en particulier.....	»	Brocq et Jacquet ...	1	»
Dermatologie — Pathologie générale cutanée	»	» » ...	1	»
Chancres genitaux et extra genitaux.....	»	Du Castel	1	»
Droit Médicale ou code des medecins.....	»	Lechopié et Floquet	1	»
Pathologie generale.....	»	Moynac	1	»

DONACIÓN DE LOS EDITORES J. B. BAILLIÈRES ET FILS

Formulaire des Medicaments Nouveaux — 9e édition por Bocquillon - Limousin, 1 tomo.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI — Julio 31 de 1898 — Nº. 14

Clínica de enfermedades de la piel del Hospital San Roque.

SALA 8.—CAMA 22.

SIFÍLIDE PAPULOSA NIGRICANTE (1)

Por el Dr. M. Aberastury.

JEFE DE CLÍNICA.

SEÑORES: Para que ustedes no pierdan del todo su mañana al acompañarme en la visita de la sala, voy á permitirme presentarles este enfermo, que han juzgado rarísimo especialistas tan competentes y experimentados como el Dr. Castaño y nuestro maestro el profesor Sommer.

Ustedes ven en la piel del enfermo, distribuídas irregularmente en los miembros, el tronco y la cara, manchas obscuras, casi negras algunas, regularmente circulares muchas de ellas, otras alargadas aunque de bordes siempre redondeados, y con un diámetro variable entre dos ó tres milímetros y ocho centímetros.

Estas manchas pigmentarias aparecen vinculadas á un accidente anterior,—ulceraciones balano-prepuciales.

(1) Presentación hecha á las alumnos de 4º año de Medicina.

producidas hace cuatro á cinco meses, y cuyas cicatrices reposan sobre una base indurada todavía,—y á dos hechos coincidentes que ustedes pueden igualmente apreciar: una alopecía lateral del cuero cabelludo, y la infiltración papulosa del pilar anterior del velo del paladar. El accidente anterior y los hechos coincidentes son de naturaleza clínicamente sifilítica

Ahora bien, considerando las manchas parduzcas como la fase terminal de una erupción cutánea, podemos comprobar que las lesiones elementales de esta erupción reunen los caracteres generales de las sifílides secundarias: 1º Son superficiales y espontáneamente resolutivas, puesto que no se ha hecho tratamiento alguno. 2º Son profusas, diseminadas, generalizadas. 3º Son polimorfas, es decir, los elementos eruptivos son de formas ó apariencias diversas. 4º Estos elementos están distribuidos irregularmente, al acaso, son anárquicos, como dice Fournier. La erupción se ha verificado dos meses después de las ulceraciones balano-prepuciales, probablemente como exantema inicial de la infeccion sifilítica, cuyo contagio es acusado por dichas ulceraciones y data, en consecuencia, de cuatro á cinco meses. Corrobora este hecho la alopecía en *clairieres* de los lados de la cabeza, pues se sabe bien que ella se produce cuatro ó cinco meses después del sifiloma inicial.

Hasta aquí, tomados los accidentes en su orden cronológico de aparición, no hay en el caso nada de anormal ó extraordinario. Pero lo que llama vivamente la atención, y está fuera de lo que se observa en general, es el tipo eruptivo y la evolución de la sifílide.

Desgraciadamente el enfermo es de una cultura intelectual escasísima, tanto que á los 37 años de edad no sabe el nombre de los meses, y cuenta por *lunas* el trascurso del tiempo: así, dos lunas después de los chancros le apareció la erupción, y hace ya como cinco lunas que se siente mal. Se explica, pues, que no le sea dado suministrar ningún dato preciso sobre las fases primeras de esa erupción, que el examen actual permite, sin embargo, reconstituir con la mayor exactitud.

Las manchas pigmentadas son evidentemente el vestigio de infiltraciones dérmicas del tipo de las sifílides papulosas. El enfermo, interrogado con paciencia, conclu-

ye por manifestar que al nivel de las manchas ha habido cierto relieve y una dureza de la piel mayor que en la actualidad. Y aunque no se tuviera este conmemorativo, el hecho sería indudable para todos los que han visto ó conocen las máculas pardas que dejan por tanto tiempo las sifílides papulosas vulgares. Esas máculas son absolutamente iguales á las más pequeñas de las manchas circulares que se ve en la piel del enfermo, y que son inconfundibles. Pero, ¿y las manchas pigmentadas más grandes? Ellas responden con toda seguridad á infiltraciones papulosas mayores, que si no son de observación frecuente, han sido en cambio bien descritas por Fournier.

Para este maestro, la sifílide papulosa á grandes pápulas se distingue por estos cuatro carecteres: orbicularidad de contorno,—coloración parda obscura,—renitencia de la pápula, como si se hubiese incluido en la piel una delgada lámina de cartón,—y maculatura terminal pardo-negruzca, observándose pápulas desde el tamaño lenticular hasta el de una moneda de cinco francos, ó, lo que es lo mismo, de un peso plata nuestro. Para encuadrar mayormente en las clasificaciones conocidas el tipo eruptivo que ofrece este enfermo, habría que agregar que al lado de una sifílide á grandes pápulas ha tenido nuestro caso placas de sifílide papulosa en napa,—también descrita por Fournier como excepcional,—sifílide papulosa en napa de que derivarían sobre todo las grandes manchas pigmentadas de la cara, con un diámetro mayor de seis á ocho centímetros. Con respecto á esta última sifílide, dice Fournier que sus placas se producen á veces por coalescencia de elementos papulosos vecinos, primitivamente distintos é independientes, tomando así de ellos sus bordes redondeados, en los cuales á menudo uno ó varios segmentos de círculo denuncian los elementos originarios. A ustedes les será fácil comprobar estos hechos en nuestro enfermo, pues la mayor parte de las grandes manchas negruzcas aparecen como formadas por la fusión de otras más pequeñas. En la base del tórax hay dos perfectamente circulares, del tamaño de un peso plata, que se tocan tangencialmente. En el pecho y la espalda existen otras de bordes policíclicos. En otros puntos, particularmente en el brazo izquierdo, pue-

den hacer el diagnóstico retrospectivo de elementos papulosos en *cocarde,* pues hay manchas redondeadas compuestas de un círculo central pardo, una zona clara y una circunferencia exterior pigmentada, habiendo habido además elementos circinados, según se puede deducir de la apariencia de las pigmentaciones consecutivas.

Por consiguiente, como tipo eruptivo, estamos autorizados á diagnosticar en este caso: sifilide papulosa á grandes pápulas, con infiltraciones de sifílide papulosa en napa, producida hace dos ó tres meses, y habiendo dejado las maculaturas terminales que contribuyen á caracterizarla y han inducido á Fournier á proponer para esta fase última el nombre de *sifílide papulosa nigricante.* A esta forma evolutiva se le atribuyen caracteres especiales de malignidad simplemente porque las manchas pardas ó negruzcas resisten á todo tratamiento, duran á veces muchos años, y son, como dice el gran maestro francés, vejatorias y denunciadoras.

Otras particularidades más debemos anotar en el proceso regresivo: la hiperkeratosis que existe al nivel de las máculas pigmentarias, y que habría existido en todas ellas, según el enfermo,—y el aspecto atrófico de la piel en muchas de ellas, y de atrofia cicatricial puntiada en algunas, como en la placa de la mejilla derecha.

La regresión escamosa ó psoriasiforme no es rara en las sifílides papulosas; pero en este caso el tipo keratósico se asemeja al de la ictiosis histrix, y en algunos puntos al de los lupus eritematosos córneos.

En efecto, se ve que la producción córnea que reviste sobre todo las manchas pigmentarias de la espalda, y ha existido también en las de la cara, es agminada, compuesta de pequeños elementos aislados y duros que dan á la superficie un aspecto ictiósico ó verrugoso. Rascada con la uña esa superficie, el desprendimiento de las salidas córneas despierta un dolor bien marcado, y en el sitio de su implantación se encuentra los orificios glanpulares dilatados por prolongaciones de esos conos keráticos. La atrofia cicatricial puntiada que se observa en algunas placas parece ser un grado último del proceso regresivo, y acentúa mayormente la semejanza de estas placas con las del lupus eritematoso hiperkeratósico.

Para explicar el exceso y el tipo de la formación cór-

nea en este caso, no creo que podría invocar una razón formal: en estas circunstancias uno debe conformarse recordando las idiosincracias individuales, es decir, las reacciones caprichosas é inexplicadas de los tejidos en presencia de excitantes mórbidos.

Las alteraciones atróficas son debidas indudablemente á la compresión de los elementos normales de la piel por la infiltración neoplásica sifilítica. Atrofias semejantes dejan ciertas sifílides papulosas que marcan una especie de término medio entre las manifestaciones totalmente resolutivas del período llamado secundario y las neoplasias gomosas y ulcerosas del terciario. Las cicatrices puntiadas, como la de la cara de este enfermo, no son raras consecutivamente al ectima sifilítico, y esta particularidad de forma debemos referirla á la persistencia de una infiltración que se hace sobre todo alrededor de las asas vasculares de las glándulas, constituyendo así como focos ó nódulos principales en el proceso de la pápula ó napa específica. Esta persistencia y este predominio del infiltrado sofoca los elementos diferenciados de la piel, y se ve por eso que los puntos cicatriciales de la placa corresponden netamente á la abertura del conducto de folículos pilo-sebáceos. Y si esto no fuera bastante para causar las atrofias cutáneas que comprobamos en nuestro caso, ayudarían á explicarlas las endocapilaritis que acompañan al proceso de la infiltración, y que á veces llegan hasta la obstrucción completa de los pequeños vasos y supresión consiguiente de la irrigación sanguínea en los territorios de la piel á que están destinados.

En fin, creo que hay razón para considerar muy raro este caso, del punto de vista de la forma eruptiva á cuya fase última asistimos ahora. Condensando en pocas palabras la interpretación que acabo de exponerles, diré que se trata de una *sifílide papulosa á grandes pápulas, con infiltraciones papulosas en napa, y á regresión hiperkerática ictiosiforme, seguida de atrofias cutáneas particulares en algunas placas.* erupción de la que quedan hoy las maculaturas terminales que realizan el tipo de la *sifílide papulosa nigricante* de Fournier.

Junio de 1898.

HIGIENE APLICADA

La provincia de Corrientes

Por el **Dr. Emilio R. Coni**

Miembro correspondiente y laureado de la Academia de Medicina de París

El gobierno de la Provincia de Corrientes, aceptando el desinteresado concurso ofrecido por el Dr. Coni, para estudiar aquella importante región y proyectar las obras necesarias para su transformación higiénica, creó en 1897 la Dirección General de Saneamiento y confió á aquel distinguido higienista la realización de la obra. Después de varios meses consagrados al estudio de Corrientes sobre el terreno mismo, el Dr. Coni ha publicado los resultados de sus observaciones en un grueso volumen de 584 páginas, que ponen de manifiesto la gran tarea que le ha tocado emprender.

Este libro abarca un desarrollo completo de la provincia, su higienización, saneamiento, profilaxia práctica, climatología médica, epidemiología, demografía y estadística sanitaria, asistencia pública y beneficencia, etc., como asimismo una reseña histórica muy interesante. Todos sus capítulos revisten importancia particular por tratarse de una comarca argentina de condiciones especiales de clima y cuyo suelo ofrece una fecundidad extraordinaria. Pero, lo más interesante bajo el punto de vista de la higiene pública, es todo lo referente á la morbilidad y mortalidad, razón por la cual dedicaremos algunas líneas á estos capítulos.

Desde luego, el libro del Dr. Coni, poniendo las cosas en su verdadero lugar, establece que, contra la opinión generalmente aceptada, la tuberculosis produce en Corrientes hasta 15 % de mortalidad, según cómputos personales del autor. Hasta ahora, los datos oficiales y

la opinión general de los médicos de Corrientes asignaban á la tuberculosis una proporción de 8 y 9 % de la mortalidad general; pero, investigaciones prolijas hechas por aquel colega, hacen subir la proporción á la cifra indicada. Las causas de esta frecuencia alarmante se encuentran en el contagio, la falta de profilaxia, la promiscuidad en que vive la gente pobre, la mala alimentación, las viviendas antihigiénicas, sin olvidar la influencia del clima tropical que despierta con apresuramiento las funciones genésicas haciendo madres á las muchachas de 11 y 12 años, y produciendo, por consiguiente, el desgaste prematuro de los organismos y su fácil tuberculización.

Otro punto sobre el cual se ha hecho verdadera luz es el tocante á la *lepra*, enfermedad que amenaza desarrollarse rápidamente en Corrientes. El Dr. Coni levantó una investigación por intermedio de los médicos de toda la provincia, y si bien ella no puede considerarse *absolutamente exacta*, permite estimar con bastante aproximación el número de leprosos que en 1897 había en su territorio.

Este número alcanza á 150, de los cuales 37 corresponden á la capital. El Dr. Antonio B. Pont, autor del capítulo sobre *lepra* de la obra del Dr. Coni, dice que « la lepra, rara antes en la ciudad y patrimonio exclusivo de la clase desheredadas se va generalizando; ha invadido distintos hogares de familias acomodadas, sembrando en ellas y en el vecindario el terror y la desolación. »

Una particularidad en que insiste con fundamento el Dr. Pont, es en que « la colonia italiana en general, especialmente los hijos y descendientes del genovesado, pagan en Corrientes una contribución enorme á la lepra »

En la ciudad de Corrientes existen 400 italianos y de éstos 20 son leprosos, lo que constituye un dato de suma importancia que vale la pena de estudiar hasta en sus mínimos detalles, por parte de los médicos de esa localidad.

Es bien sabido que en todas partes los residentes italianos viven muy unidos por vínculos que el patriotismo y la amistad estrechan; ellos forman verdaderas colo-

nias, y es fácil explicarse que en tales condiciones el contagio ha podido establecerse fácilmente. Agréguese á esto, que siendo la mayor parte de los italianos, elementos de trabajo, que no siempre viven de acuerdo con la higiene, ofrecen campo favorable á la invasión del germen.

El hacinamiento, la promiscuidad, la falta de aseo, la cohabitación repetida por exigencias del clima, son circunstancias que merecen recordarse para explicar esta frecuencia.

La forma tuberculosa y la anestésica se presentan en Corrientes, según el Dr. Pont, y muchas veces la primera se convierte más tarde en la segunda, constituyendo casos de lepra mixta. El autor se detiene en seguida en atinadas consideraciones sobre el particular, y su estudio resulta así una verdadera monografía que podrá leerse con verdadero provecho.

Los capítulos relativos al paludismo, cáncer, muerte repentina, asfixia por sumersión, tétanos, son interesantes.

El tétanos infantil figura en proporciones que los médicos estiman exageradas: 177 casos en 10 años sobre una mortalidad anual que oscila alrededor de 400. Su mayor número se encuentra en la clase menesterosa. En el consultorio gratuito del Dr. Pont, «en la clase proletaria, en la que aún se usa *quemar* el cordón con un hierro más ó menos enrojecido después de haberlo seccionado con tijeras sucias en general, que han sido destinadas antes á todos los usos domésticos; en la que, las curaciones que requiere la pequeña herida no se practican ó se practican mal, ó se la llena de substancias pulverulentas, aceite de palo, sebo solo ó con mil ingredientes; en la que la herida está por otra parte en contacto continuo con ropas sucias de orina, materias fecales, etc., en éstos, se encuentra y hace algunas víctimas, pero de ningún modo los inscriptos en el registro.» En la clase acomodada, el tétanos infantil raramente se ve, puesto que se han generalizado entre las familias las nociones y beneficios consiguientes de la antisepsia en general, y las comadronas ó parteras han impuesto en su clientela el uso de inyecciones; á los recién nacidos la curación del cordón se les hace convenientemente.

El cáncer constituye en Corrientes una enfermedad relativamente frecuente; en 10 años la estadística mortuoria registra 80 casos. Sus localizaciones más comunes, son: matriz (cuello), lábio, mama, etc.

La disentería y la fiebre tifoidea se constatan en determinadas épocas del año.

La asfixia por sumersión produce todos los años cinco ó seis víctimas, y es generalmente la imprudencia la causa de estas desgracias. Los bañistas, que son numerosos, seguros de su resistencia para nadar, avanzan demasiado en el río Paraná, cuya corriente impetuosa arrastra á muchos y los sumerge hasta ahogarlos.

La muerte repentina ha alcanzado cifras muy altas en algunos años, por las enfermedades cardio-vasculares, pero desde 1892 ha decrecido su proporción.

La longevidad en Corrientes presenta casos extraordinarios. El Dr. Pont ha firmado un certificado de defunción de una señora de 110 años. Casos de 90 años son bastante frecuentes; y existen en la campaña varias personas que pasan de 100.

La viruela ha hecho estragos durante años; la última epidemia fué la de 1889, que causó 248 víctimas.

Posteriormente ella ha desaparecido por la difusión de la vacuna.

Las demás enfermedades reinantes en la ciudad de Corrientes, han sido objeto de estudios especiales por los Dres. Graciano, Sánchez Negrete y Fainardi; y en los departamentos por los Dres. Tomás Canevaro, Apollonio, Casari, Bertrán, Pintos, Banante, etc.

Considerando ahora el libro del Dr. Coni bajo otros aspectos, nos enseña los siguientes datos demográficos:

Desde 1800 hasta 1897, la población de la ciudad de Corrientes ha tenido este movimiento: matrimonios 5043, bautismos 49.917 (1), defunciones 23.617. En algunos años los registros mortuorios no son completos.

Estudiando las anteriores cifras, el Dr. Coni deduce que para los matrimonios, la proporción de 52 por año es reducida, y no habla mucho en favor de la moralidad

(1) Por el número de bautismos efectuados puede apreciarse el de nacimientos.

de la población. El amancebamiento está muy difundido, y sino véase este otro dato que nos ofrece la demografía correntina: En 97 años ha habido 49.917 bautismos; de éstos, 19.949 corresponden á hijos legítimos y 30.428 á hijos ilegítimos. Es decir, que sobre 100 nacimientos, 60 son producto de la ilegitimidad. Esta proporción es aún superior en ciertos departamentos de la campaña, y alarmante, porque revela, como dice el Dr. Coni, un estado social embrionario.

La mortalidad da la proporción de 25 por 1000 habitantes, pero disminuirá cortamente el día que el vasto plan de higienización hoy proyectado esté en vigencia.

El trabajo que el Dr. Coni ha emprendido está destinado á transformar las condiciones de vida de la población de Corrientes.

Este distinguido higienista ha estudiado el suelo, las corrientes de agua, el clima, la demografía, la morbilidad, todo en fin, lo que constituye el medio en que se desarrolla la existencia, y ha aplicado las sabias enseñanzas de la experiencia adquirida en sus observaciones.

Su obra, que es grandiosa, abarca la profilaxia de las enfermedades infecto-contagiosas, establece la administración sanitaria sobre bases amplias, reglamenta la policía veterinaria de los mataderos y los cementerios, el barrido público, crea hospitales de aislamiento para leprosos, la oficina química municipal, la desinfección pública, aconseja el aprovisionamiento conveniente de agua, el alcantarillado, da consejos útiles sobre vacunación anti-variólica, así como sobre la higiene y la salubridad de los departamentos.

El censo sanitario de la habitación, instituído por el Dr. Coni por primera vez en Mendoza, ha sido aplicado en Corrientes, y así ha podido darse cuenta exacta de las necesidades que ofrece cada casa.

Para terminar, debe decirse que todo lo que la higiene moderna aconseja como mejor para el bienestar general de los habitantes de las ciudades, ha sido proyectado por el Dr. Coni en Corrientes, y pronto comenzarán á sentirse sus benéficos efectos.

Hay una circunstancia muy especial que hace particularmente meritoria la obra realizada por Coni: los honorarios que el gobierno ha creído deber abonarle

por sus trabajos, los deja Coni para que con su importe se construyan en el hospital de esa ciudad, pabellones que deberán llevar los nombres de los Dres. Vidal, Puig de Maza, Mendía y Fossati, los abnegados médicos que murieron en 1871, víctimas de su deber, asistiendo enfermos de fiebre amarilla.

Buenos Aires, Julio de 1898.

REVISTA DE LA PRENSA

PROF. PALTAUF. — *Reacciones del organismo contra las infecciones.* (Wiener Klinische Wochenschrift).

Las reacciones del organismo contra las infecciones constituyen casi toda la patología general de las *enfermedades propiamente dichas* que en su mayor parte son causadas por infecciones, quedando solamente el grupo de los estados morbosos que representan consecuencias de infecciones ó alteraciones sobrevenidas durante el proceso vital y el grupo de trastornos generales ó locales dependientes de una vegetación anormal ó alterada, y que Kundrat reunió con el nombre de *trastornos de la vegetación.*

Naturalmente, no es posible tratar este gran capítulo de la patología general de otro modo que con unas cuantas líneas encaminadas á fijar nuestro saber actual, haciendo resaltar algunos puntos y tocando también la cuestión de si hemos de buscar finalidades en los procesos, ya que el optimismo de muchos biólogos les hace decir que «todo tiene finalidad en la naturaleza viviente». Mas para prevenir malas inteligencias, he de hacer constar, desde luego, que si bien la finalidad implica una idea de causalidad, yo no la conceptúo de ningún modo como *causa*, sino como *consecuencia* de las alteraciones producidas de una manera determinada, por razones internas de la organización, en nuestro caso especial, de las reacciones contra la infección.

Según la patología antigua, cuentan como reacciones del organismo contra la infección, la fiebre, las degeneraciones y la inflamación. Por fiebre entendemos el fenómeno singular del *aumento del calor propio* y del *metabolismo* combinado muchas veces con mayor frecuencia del pulso, debido á la intervención del organismo por un agente nocivo, considerándose como tal los productos de la disgregación de los tejidos, la fibrina y otras substancias albuminosas. Mas en las infecciones, los tejidos lesionados, sea directamente por los micro-organismos, sea por las substancias parecidas á fermentos que producen, originan materias que obran como veneno sobre el sistema nervioso regulador de la temperatura del cuerpo.

Con asombro vimos cuando se descubrió la tuberculina que una cantidad mínima (1 miligramo de líquido) de una substancia formada con bacterias, provocaba un ataque típico de fiebre; pero después Buchner demostró que las bacterias muertas, así como sus proteinas, inyectadas en cantidad mínima en el tejido celular subcutáneo, producen ataques de fiebre, y no son solamente las patógenas, sino también las bacterias inofensivas que sólo producen pigmento, como el bacilo prodigioso, con cuyos cultivos Coley logró aumentar la eficacia de su suero anticarcinomatoso preparado con los microbios de la erisipela. Tantas veces se ha observado esta reacción febril en los experimentos de inmunización y otros, que ya no nos parece extraña.

La fiebre es, pues, una reacción general del organismo contra la infección; sin embargo, su curso es característico para algunas infecciones. La suposición originada por el descubrimiento de la espiroqueta de Obermeier de que la fiebre tiene enlace causal con las fases del desarrollo del agente patógeno ha quedado confirmada por la observación de que el tipo de la fiebre intermitente depende del ciclo evolutívo del parásito de la malaria. Con todo, no es posible generalizar suponiendo esta concordancia en todas las enfermedades infectivas; puede ser que en la fiebre piemica los paroxismos correspondan á una nueva propagación de los cocos piógenos como hace presumir la presencia de otros microorganismos en la sangre durante la fiebre; mas en otros casos el ataque puede depender de la absorción de ciertas substancias nocivas, como, por ejemplo, en los abcesos hepáticos debidos á amibas que rara vez penetran en la circulación. Tampoco está pro-

bado en todos los casos que el descenso crítico de la fiebre en la pneumonía, el tifus, la recurrente, depende de la muerte del agente ó de la atenuación de su virulencia; admite otra explicación de la que hablaremos más adelante.

Es cierto que en la pneumonía, después de la defervescencia, hay muchos menos diplococos en el tejido pulmonar afectado y en la fiebre carbunculosa vacunal de los carneros, después del descenso de la temperatura, los bacilos son escasos y en descomposición; de modo que, efectivamente, á veces, las fases de la fiebre corresponden al incremento y decrecimiento de las bacterias; pero considerar la fiebre como reacción conveniente, como *instrumentum felicissimum* para la curación de las enfermedades, parece exagerado, y la opinión de que la diferencia primera de la fiebre sobre la temperatura más favorable para el desarrollo de ciertas bacterias es la que los mata y así decide la curación, hasta parece absurda. Puede ser que en un caso ú otro la fiebre contribuya á la curación, pero no constituye, en general, una reacción característica de las bacterias ó sus productos, á no ser que admitamos que los animales de sangre fria adquirieron la propiedad de producir fiebre como arma contra sus enemigos bacterianos y que esta reacción se extendió después á los agentes nocivos de otra procedencia que la bacteriana. Mas sea de esto como quiera, nadie podrá negar que la fiebre lleva consigo una serie de circunstancias que no permiten calificar su acción generalmente de favorable, sino que parece que sólo por la fiebre el organismo llegue á efectuar la oxidación mayor y el metabolismo más intenso necesario para eliminar las materias que le son perjudiciales. En esto habría ciertamente conveniencia, sólo que la afección de todo el organismo implica efectos secundarios inconvenientes, y, además, el efecto específico selectivo deja hartas veces de producirse. Si es verdad que las substancias pirógenas encienden el fuego que las han de quemar, no es menos cierto que también puede consumir al organismo.

Entre las reacciones *anatómicas* del organismo y de sus tejidos contra la infección hay que mencionar, ante todo, las *degeneraciones histológicas* que no se presentan por sí solas en el punto de invasión, en el cual se combinan siempre con los procesos inflamatorios, que suelen predominar. Comunmente, las degeneraciones aparecen en órganos apartados, muchas veces en varios simultáneamente, siendo variable su impor-

tancia. Desde que sabemos que en muchas infecciones los micro-organismos producen venenos, las degeneraciones tienen una significación muy distinta. Algunas de las más frecuentes, como la granulosa y la grasosa, se consideraban como consecuencias dañinas de la calentura, habiendo demostrado Liebermeister, Liten, Kostyurin y otros, que en los animales tenidos á la temperatura de 35º y 40º, se presentan ya á los uno y medio ó dos días indicios de la degeneración grasosa, que luego en pocos días acaba por desarrollarse del todo. Pero experimentos recientes han venido á enseñar que si los animales se mantienen en buenas condiciones higiénicas, las degeneraciones sobrevienen tarde ó dejan del todo de observarse. La causa principal de las degeneraciones debe buscarse en los productos de la actividad vital de los agentes infectivos, y como éstos en muchos casos son específicos, hay que admitir que los productos de la energía vital de las bacterias pueden ser diferentes en las diversas infecciones, resultando degeneraciones distintas ó localizaciones diferentes de la misma. En efecto, la degeneración grasosa, muy pronunciada en la viruela y en los procesos sépticos, es mucho más débil ó falta del todo en el carbunclo y el cólera. La toxina diftérica, produce en el chanchito de Indias, y también en el hombre, muy rápida degeneración grasosa del miocardio, siendo mucho menos considerable la del hígado.

Otra degeneración frecuente es la necrosis de los tejidos; los núcleos y las células dejan de teñirse, los contornos se desvanecen y resultan á veces la imagen clásica de la necrosis de coagulación. En el tifus la vemos muy desarrollada en el hígado; en elbazo, en la difteria y la peste; hace tanto tiempo que conocemos los grandes focos correspondientes á infartos anémicos en el bazo y los riñones, en la tifoidea biliosa de Griesinger.

Las degeneraciones también pueden ser específicas en cuanto á su modo de propagarse y localizarse, desarrollarse y terminarse. Las investigaciones sobre este punto datan de estos últimos años, y no están aún concluídas. La gran importancia de las degeneraciones para las funciones de las células y de los tejidos resulta más claramente en el sistema nervioso; la degeneración grasosa de los nervios y ganglios provoca síntomas paraliticos ó irritativos; la del parénquima renal y de las paredes de los vasos finos, tiene por consecuencia la albuminuria ó disminuye la resistencia á la presión sanguínea

Estas degeneraciones pueden ser características para infecciones determinadas, tanto por su calidad (necrosis) como por la intensidad con que afectan á los órganos, y en algunos casos la correlación entre el veneno y el tejido deberá explicarse por una sensibilidad especial de éste para la acción de aquél; así, por ejemplo, la rápida é intensa degeneración grasosa del miocardio es característica de la toxina diftérica. Esta misma sensibilidad del miocardío se observa también en los animales inmunizados, sobre todo los que lo son en alto grado, y se manifiesta por el pronto cansancio y una debilidad especial enfrente de otras afecciones.

Las degeneraciones se presentan todavía más específicas cuando por su localización provocan los síntomas característicos, como sucede en el tétanos. Antes, la hiperemia de las substancia gris de los centros nerviosos se consideraba como causa del síndrome tetánico; el perfeccionamiento de los métodos histológicos nos ha enterado de que las células ganglionares de los centros son el tejido más sensible para el veneno tetánico; en la lesión de estas células hemos de buscar la causa de la exagerada excitabilidad refleja, de las contracciones musculares, y la propagación progresiva de la degeneración á los centros vitales es la causa de la terminación mortal; por los mismos experimentadores (Goldscheider y Fallum), sabemos también que las células lesionadas necesitan de dieciséis á veinte días para su regeneración. En el tétanos encontramos también degeneración de los músculos, hialina ó cérea, consecuencia de la rigidez y de los espasmos.

En la rabia encontramos en los centros nerviosos, sobre todo el bulbo, además de infiltrados celulares alrededor de los vasos, unos focos de degeneración que se califican de mielitis, y realmente son de naturaleza inflamatoria; se presentan en focos pequeños, calificadas de nódulos por Babes, y que muy probablemente representan la localización del virus lisico que á lo largo de las vías nerviosas se ha corrido hacia los centros; precisamente el sistema nervioso central contiene el virus infectivo transmisible. Las dos infecciones que por tener su punto de ataque en el sistema nervioso central presentan cierta analogia, son, sin embargo, esencialmente distintas; en el tétanos tenemos en la periferia, infección y producción de toxina, absorción de la misma en los centros nerviosos; en la rabia, la infección es periférica; mas el agente morboso sigue la vía nerviosa y va á localizarse en el centro. He ahí

un ejemplo notable de los procesos específicos de algunas infecciones; es muy probable que varios de los síntomas cerebrales que ahora se atribuyen á la fiebre, proceden de las degeneraciones debidas á la infección. Estas, propiamente hablando, no son *reacciones* del organismo, sino que constituyen lesiones producidas por el veneno ó tan sólo por algunos de sus componentes, como, por ejemplo, el virus diftérico produce en el punto de su aplicación una inflamación intensa que conduce á la necrosis; en el miocardio y en los nervios provoca la degeneración grasosa, y en el bazo necrosis. El calificado de lesión caracteriza el papel teleológico de la degeneración en las infecciones.

Otra reacción importante y significativa del organismo contra la infección es la *inflamación*, pudiendo decirse que la gran mayoría de los procesos inflamatorios agudos y crónicos es consecuencia de infecciones, y que la mayoría de éstas se acompaña de inflamación. Por tal entendemos una alteración del tejido con extravasación de elementos figurados y amorfos de la sangre. El exudado distingue este proceso patológico de la degeneración, como la limitación local y temporal de la exudación separa la inflamación de la degeneración, como se ve claramente en la curación de las heridas. La extravasación de los componentes de la sangre que conduce á la formación de adherencias, á la envoltura y fijación de un cuerpo extraño, no es más que un acto preparatorio, al que sigue la formación de tejido nuevo y la regeneración que constituyen la curación definitiva y cicatrización. La posibilidad de una curación sin inflamación, fué reconocida ya por Billroth, al distinguir entre infección é inflamación.

Con respecto á la inflamación supurativa se admitía el origen bacteriano, pues aun cuando con ciertas substancias químicas, como el aceite de crotón, la trementina, etc., se puede provocar la supuración según demostraron Gussenbauer y Uskoff con sus experimentos, la naturaleza no presenta tales procesos. No se tardó en conocer que aun otras inflamaciones proceden de infecciones. La anatomía patológica distingue los procesos inflamatorios, según las especies del exudado, si es seroso, fibrinoso, serofibrinoso, purulento, hemorrágico, y finalmente, como forma más grave, la inflamación necrosante y diftérica. Creyendo que estos procesos inflamatorios corresponden al grado de irritación se suponían agentes específicos, sosteniéndose más tiempo la idea de la

existencia de provocadores especiales de la supuración. Ahora sabemos que se trata realmente de diferencias de grados en la acción de la misma especie bacteriana y de la variable receptibilidad del organismo infectado. El estreptococo puede producir una vesícula ó pústula que en brevísimo tiempo se deseca y se desprende, como puede causar una grave inflamación necrosante de la mucosa, el mismo estreptococo se encuentra en la inflamación ulcerosa necrosante de las válvulas cardíacas con focos purulentos en los órganos más diferentes, como en la endocarditis dotada de enormes proliferaciones y excrecencias crestiformes, sin indicio de supuración en los infartos anémicos de los diferentes órganos. A juzgar por la morfología y los cultivos, se trata siempre del mismo estreptococo. Tampoco es posible sostener la especificidad de los microbios supurativos; es verdad que son sobre todo los llamados cocos piógenos los que provocan la supuración; pero en el pus de abcesos cerrados, se han encontrado el bacterium coli, el diplococo lanceolado, el bacilo tifódico y otros, y en el pus de las articulaciones el gonococo. Desempeñan un papel importante la cantidad y la virulencia de las bacterias, así como la disposición local. Hasta en la septicemia se hallaron los mismos cocos piógenos, en lugar de los bacilos sépticos que eran de esperar, según nuestros conceptos antiguos de la infección pútrida.

Como ejemplos de la no especificidad de las inflamaciones exudativas, podrían citarse la meningitis supurativa, el crup de las vías aéreas, la enteritis necrosante y otras; la no especificidad del exudado se explica también por la circustancia de que ciertos órganos y tejidos propenden á una forma determinada de inflamación, como la exudación fibrinosa del parénquima pulmonar y de la mucosa respiratoria; en el exudado fibrinoso pueden encontrarse diplococos, estreptococos ó bacilos de la influenza y en el exudado fibrinoso de las vías respiratorias, hallamos bacilus diftéricos, diplococos ó estreptococos.

En cambio, calificamos de específicas las inflamaciones más ó menos crónicas que van acompañadas del desarrollo de tejido de granulación y antes se designaba como tumores infectivos y, en la patología antigua, pasaban por « neoplasias ». Gracias al curso más lento y al carácter productivo de la inflamación, se restablecen correlaciones más íntimas entre la índole particular de los agentes infectivos y las células del teji-

do que se manifiestan por alteraciones histológicas determinadas y peculiares, harto característico en algunos casos. A esta clase pertenecen el *muermo*, la *tuberculosis*, la *sífilis*, la *lepra*, ya descrita por Virchow, la *actinomicosis*, el *escleroma*, el *micetoma del pie*, y la *pústula de Alepo*. Común á todas es la poca acción á distancia de las substancias irritantes; á no desarrollarse numerosas localizaciones ó focos grandes, deja de presentarse la ordinaria reacción general, la fiebre; mientras que una inflamación del lecho inguinal por estafilococos, provoca una alteración febril, un tuberculoma como una nuez ó mayor, se desarrolla sin fiebre y sifilomas como huevos se forman sin la menor elevación de la temperatura.

Si preguntamos por la significación de la reacción inflamatoria, la respuesta no puede ser dudosa; para defenderse el organismo, moviliza todas sus fuerzas, inunda de suero sanguíneo el punto de invasión como si se tratara de diluir el veneno ó de arrastrar las bacterias invasoras; todos los elementos celulares móviles, los corpúsculos incoloros de la sangre, los elementos móviles de los tejidos, los jóvenes derivados del tejido conjuntivo entrado en proliferacion, se juntan para limpiar el campo de las substancias extrañas, de los productos de la descomposición, para preparar la restitución y la regeneración; todo este proceso puede bien llamarse «lucha», cuyo resultado es dudoso, pues depende de la virulencia de los invasores y de la disposición del invadido. Si éste, mediante el desarrollo de un abundante exudado logra aislar á los invasores y eliminarlos, este proceso de defensa es conveniente; pero deja de serlo cuando se desarrolla en la estrecha tráquea infantil ó en los bronquíos; entonces es hasta perjudicial. Mas el organismo trabaja conforme su organización. En una infección carbunclosa del tegumento externo, verbi gracia, dicho proceso resulta sumamente apropiado: la cuantiosa exudación que aisla á los bacilos entrados en las capas superiores papilares formando un tumor hasta del volumen de una nuez, en el cual la obstrucción de las vías linfáticas y sanguíneas por exudados conduce á la necrosis y vegetación de otras bacterias, á cuyo lado los bacilos carbunclosos perecen, acabando el nódulo por necrosarse y eliminarse, se consigue el objeto plenamente; el organismo continúa sin trastorno general; el desarrollo de una sola pústula en cuyo líquido, así como en el edema de las papilas entumecidas, los bacilos prosperan y se multiplican, y más

aún la difusión de los bacilos en un edema carbuncloso, son reacciones insuficientes para salvar el organismo. En los focos inflamatorios primitivos, podemos observar todo los grados de intensidad de la lucha de cuyo resultado depende el que la infección invada todo el organismo ó quede limitada localmente.

Como especialmente adecuado para la defensa contra las bacterias se considera la lucha de las células contra sus enemigos, la *fagocitosis* de Metchnikoff, que no se verifica solamente en el foco inflamatorio, sino en general, en los órganos y se considera como la causa de la inmunidad. Esta teoría encontró muchos adversarios entre los patólogos, en vista de que en algunas infecciones la fagocitosis se observa constantemente al final del proceso morboso, lo que sugiere la idea de que los agentes patógenos han de sufrir antes una debilitación para que los leucocitos (calificados de crematorios por Weigert) puedan apoderarse de los mismos. Ahora queda fuera de duda que también los jugos orgánicos poseen propiedades bactericidas y Metchnikoff las admite ya en las células, haciendo constar que también las alexinas de Buchner proceden de las mismas. En este concepto, la teoría *celular* se sostiene enfrente de la puramente humoral, habiendo demostrado las investigaciones de Schattenfroh que los exudados con células tienen mayor virtud bactericida que los exentos de células. Además, hay indicios de que los leucocitos intervienen también en los procesos químicos, y su importancia en algunas enfermedades queda probada por el resultado favorable del fomento artificial de la función fagocitaria. Pero no podemos aplicar á todos los procesos lo que se ha observado en algunos; no conviene generalizar prematuramente.

Reacciones *fisiológicas* del organismo contra las infecciones pueden llamarse las alteraciones que los líquidos orgánicos experimentan durante el curso y la convalecencia de las enfermedades infectivas, y que han sido descubiertas en estos últimos años con ocasión del estudio de la inmunidad, tratándose de averiguar si la destrucción y desaparición de los agentes infectivos en el animal inmune debe atribuirse á las células ó á los líquidos de los tejidos.

Después de una detenida exposición del descubrimiento de las substancias antitóxicas, bactericidas, aglutinantes, etc., el conferenciante pregunta de dónde proceden, y contesta que,

dada su especificidad, no puede caber duda de que en parte proceden de las substancias tóxicas y bacterianas, pues sólo así se explica que puedan ser específicas para venenos tan afines como la abrina y la ricina, ó para especies bacterianas tan poco distintas como son los vibriones, y en parte de ciertas substancias propias del organismo, que ordinariamente constituyen un material inactivo, como las fuerzas de reserva de que disponen los diversos órganos, pero que entran en función en casos especiales. . Siendo el proceso tan complejo, se comprende qne nos hallemos todavía enfrente de varias teorías.

La propuesta por Ehrlich se funda en la sensibilidad específica del sistema nervioso central por el veneno tetánico y en el concepto hipotético de la organización de las cédulas. Según esta teoría, todo protoplasma funcionante consta de un núcleo y de prolongaciones laterales de variable función. Tal cadena lateral contiene la agrupación específica de átomos que sujeta el virus tetánico. Esta cadena lateral toxofora queda eliminada fisiológicamente por la combinación duradera, compensándose el defecto por una nueva formación del mismo grupo. Continuando la introducción periódica de toxina, se ocupa también la nueva cadena lateral, y sucesivamente estas cadenas salen de la célula y entran en la sangre; así los llamados anticuerpos serían las cadenas laterales del protoplasma celular producidas en exceso y expelidas.

Este concepto recuerda una teoría de la acción del fósforo sobre las células hepáticas basado en procesos morfológicos, estudiados por Stolnikow en el hígado de la rana. El fósforo en virtud de su afinidad á las substancias nucleares afecta ante todo al núcleo; éste emite en el cuerpo de la célula prolongaciones llenas de corpúsculos vesiculares, á los que salen granulaciones y cariosomas que se convierten en glóbulos adiposos. Parece que las células hacen continuos esfuerzos para producir una nueva generación sana; pero la sucesiva introducción de nuevas dosis de fósforo, frustra estos esfuerzos y las células acaban por sucumbir. Por plausible que parezca la hipótesis de Ehrlich, el resultado más verosímil de todo este proceso, ha de ser el agotamiento final de las células, dadas las enormes cantidades de antitoxina que han de producirse. Aun otras razones, como v. gr., la formación de antitoxina por la inyección simultánea de toxina y antitoxina como practica el doctor Kretz en su Instituto orroterápico, hacen

más verosímil que se trata de toxinas modificadas (ciertamente por la acción de las células). Hasta localmente, en el punto de inyección de la toxina, parece que se verifica tal modificación; en la difteria, por ejemplo, el tejido celular y los músculos del sitio de la inyección contienen más antitoxina que en regiones apartadas.

Tampoco sabemos donde se desarrollan los demás anticuerpos; las recientes comunicaciones sobre este particular, no permiten aún formar un juicio definitivo; parece que hablan á favor de su producción de los mismos en los órganos y tejidos especialmente respectivos, como según la teoría de Ehrlich, el del tétano en el sistema nervioso central. De todos modos, hemos de admitir teóricamente que deben proceder en parte de las substancias de las bacterias ó de sus productos.

Con respecto á la cuestión de la conveniencia teológica de estos procesos, no puede dudarse de que la presentan en alto grado, si bien variable. Dotados de especificidad contra los agentes específicos, los atacan directamente ó destruyen sus venenos específicos sin alterar al organismo ni perturbar su equilibrio, que permanece fisiológicamente del todo normal. Siendo los procesos seguramente de naturaleza químico-física, conseguiremos analizarlos, por más que hoy, todavía nos parezcan misteriosos y casi místico. Entonces se los presentará como pruebas contundentes y brillantes de que también los procesos vitales patológicos descansan sobre las leyes naturales de la física y química y representarán brillantes conquistas de la teoría mecánica de la vida.

Linossier y Lannois. —*Sobre las aplicaciones locales del salicilato de metilo.* (Acad. de medic. París).

Como conclusión de sus estudios sobre la absorción cutánea, sometieron hace dos años á la consideración de la Academia un método de tratamiento del reumatismo por las aplicaciones locales del salicilato de metilo. Creen útil resumir los resultados obtenidos por este método, y fijar sus indicaciones.

Sus primeras investigaciones demostraron la absorción cutánea del salicilato de metilo; creyeron que su acción terapéutica sería la del salicilato sódico al interior, aumentada con sus efectos analgésicos locales, y sin acción irritante sobre el estómago. La experiencia ha confirmado esta hipótesis.

Los síntomas de intoxicación, tan frecuentes cuando se emplea el salicilato sódico, son completamente excepcionales.

Aun con dosis elevadas (hasta 24 gramos), no se observan ni vértigos ni zumbido de oídos.

En el reumatismo articular agudo, la influencia del salicilato de metilo sobre la evolución de la enfermedad, es al parecer idéntica á la del salicilato de sosa, pero el dolor se calma antes (Lemoine). Puede reaparecer á las doce horas, por lo que conviene dos aplicaciones diarias. Aunque se aplique el medicamento lejos de las articulaciones dolorosas, no se modifica de un modo sensible el resultado. El único motivo de preferir el salicilato de metileno al de sosa, es la intolerancia de las vías digestivas.

En la mayor parte de las formas subagudas, en las exacerbaciones agudas de las formas crónicas del reumatismo, en las que está más localizada la afección, el salicilato de metilo tiene sobre el de sosa una superioridad grandísima. Es, dice Siredey, la mejor medicación. Además de la acción general de los salicilatos, ejerce otra local que puede ser preponderante. Obra muy bien contra la artritis gotosa, y con menos constancia en los reumatismos infecciosos; se ha empleado con éxito contra muchas neuralgias y neuritis ciática, neuritis de los tíficos, de los tuberculosos, de los alcohólicos.

Como analgésico, ha prestado servicios en muchas afecciones dolorosas, pero excepto en los casos indicados, no puede contarse con su acción.

La dosis media que han propuesto puede modificarse bastante. Lemoine la ha elevado sin inconveniente á 24 gramos; Siredey ha obtenido resultados terapéuticos con 2 ó 3 gramos. En el reumatismo articular agudo y en el infeccioso, es donde deben administrarse la dosis más elevadas (10 á 12 gramos).

En estos últimos años se han aconsejado las pomadas en vez de la aplicación directa que recomendamos. Se ha dicho ya que la mezcla de la manteca ó de la vaselina con el salicilato de metilo, hace más lenta su absorción. Experiencias recientes nos han dado los resultados que siguen. Después de la aplicación directa de dos gramos y medio de salicilato de metilo sobre la piel, encontramos en la orina 30 centigramos de ácido salicílico; si se incorpora al salicilato con vaselina, se encuentra 15 centigramos; 16 y 19 respectivamente si se mezcla con la misma cantidad de lanolina y manteca. Si se aplica la pomada de vaselina sin cubrirla, la orina contiene sólo un centigramo de ácido salicílico.

La vaselina, la lanolina, la manteca, disminuyen por consiguiente de un modo notable la absorción cutánea del salicilato de metilo. Si se aplica la pomada sin cubirla, la absorción es casi nula.

Recomendamos la técnica descrita ya, insistiendo una vez más sobre la necesidad de una cubierta hermética.

Reynier. — *De las psícosis post-operatorias.*—Ha reunido un cierto número de observaciones de locura post-operatoria, y nunca la operación ha sido la única causa de la locura, puesto que siempre se ha presentado en individuos predispuestos. La anestesía, el acto operatorio y el shok, despiertan la psícosis, pero no la crean. En los antecedentes hereditarios ó personales del enfermo, se encuentran accidentes mentales. En las mujeres de edad, operadas de un prolapso, se halla á menudo el reblandecimiento cerebral, que sin la operación tal vez hubiera tardado más en presentarse. Los histéricos y los neurasténicos que padecen fobias dolorosas, piden frecuentemente operaciones que más bien aumentan y exaltan dichas fobias. En una histérica, cuanto más grave es la afección que se ha de operar, más satisfactoria es el resultado desde el punto de vista mental. Cuanto más benigna es la enfermedad, menos beneficio obtienen los enfermos de la operación. Pero aun en este caso, la operación no crea nada; no hace más que exagerar alteraciones preexistentes.

Behrend.—*Sobre la acción del protargol en la blenorragia.*—La recomendación que ha hecho Neisser del protargol en la blenorragia, no la apoya más que en su afirmación personal, sin describir los casos, el tiempo que administró el medicamento y otros datos análogos, necesarios para que el lector se forme una idea de cómo obra el medicamento. Por eso mismo voy á referir los resultados de mi experiencia personal, que se funda en doce casos y además en otros tres de blenorragia en el hombre, en los que se usaron las inyecciones de alumbre. En todos los casos se llevó nota, como se puede ver en los cuadros clínicos, de la marcha del mal y del resultado del examen, por lo que se refiere á la presencia, ó mayor ó menor abundancia de gonococos en la secreción.

De la observación de estos casos, resulta que por lo general el gonococo no hace más que desaparecer por más ó menos tiempo para volver á presentarse, de tal manera que nos veremos muy perplejos si queremos, para dar el alta, que deje de haber gonococos en la secreción uretral. Se ha demostrado,

además, que en uno de los casos tratados con el alumbre, no se encontró el gonococo diez días seguidos, y por lo tanto, no es exacta la afirmación de Neisser, de que los astringentes no sirven en el tratamiento de la blenorragia. El alumbre ha sido tan útil como el protargol. Otra oposición entre la escuela de Breslavia (Neisser) y el resto de los médicos, consiste en que la primera sólo se ocupa del gonococo, mientras que B. y los que como él piensan, creen que se debe tratar toda la enfermedad, con cuya opinión está de acuerdo también J. Bloch. En resumen, Neisser ha fracasado con el protargol y con el tratamiento parasiticida.

Círculo Médico Argentino

Libros entrados á la Biblioteca en la segunda quincena de Julio de 1898

DONACIÓN DE A. MALAIME, *librero, París*

Nos Ancêtres, apuntes de historia de la medicina, por el Dr Millot-Carpentier, 1 vol.

DONACIONES DE LOS AUTORES

Intoxicaciones, por Ziemssen, tomo XIX de la Enciclopedia.
Anales de la Universidad de Buenos Aires, tomo XII.
Lehmann-Nitsche — Antropología y Craneología, 1 folleto.
Salas Carlos P. — Memoria Demográfica, año 1895.
» » — Anuario estadístico de la Provincia de Buenos Aires, año 1896, 1 vol.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Agosto 15 de 1898 Nº. 15

ETIOLOGÍA Y PROFILAXIA

DE LOS

Trastornos gastro-intestinales de los niños en Buenos Aires

(Comunicación presentada al Congreso Científico Latino Americano)

Por el Dr. **Gregorio Aráoz Alfaro,** Profesor Substituto

de la Facultad de Medicina, Jefe del Servicio de niños en el Hospital San Roque

Entre las enfermedades de la primera infancia, no hay un grupo más digno de atención por parte del médico y de las autoridades sanitarias, que el de los desórdenes gastro-intestinales.

La cifra enorme de los enfermos, el índice de mortalidad considerable, las perturbaciones de la salud general, duraderas frecuentemente, indelebles á veces, que suceden á muchas curaciones, la posibilidad misma de disminuir notablemente por una higiene apropiada, los desastres que tales afecciones ocasionan, son otras tantas consideraciones que colocan el estudio de esta cuestión en primer término entre las que deben ocupar al médico de niños.

Y, de hecho, las enfermedades del aparato digestivo, han sido el objeto de muy considerables trabajos, cuya sintetización, cuya unificación, por decirlo así, no ha podido hacerse sino cuando la plena demostración de su etiología tóxica y microbiana, bien que la especificidad de bacteria alguna haya sido aun científicamente afirmada, ha venido á uniformar también las concepciones patogénicas, y, por esto mismo, las medidas profilácticas y terapéuticas.

Entre nosotros mismos, los notables trabajos del doctor Coni, el informe de la Comisión que, por encargo oficial, instituyó el « Patronato de la Infancia », la tesis de Aberastury, y artículos é informes oficiales que nosotros mismos hemos publicado ó dirigido, ora á la Dirección de la Asistencia Pública, ora al Patronato de la Infancia, han agitado más de una vez la cuestión sin conseguir, empero, la aplicación total de las reformas indicadas como necesarias.

Parecerá, pues, justificado, que, dada la capital importancia del tema, no sólo para nosotros sino para todos los países sudamericanos que se encuentran en circunscias semejantes, me haya decidido á ocupar por cortos momentos la atención de tan alta asamblea, reclamándole también el apoyo de su voto en favor del plan de profilaxia que tendré la honra de proponerle.

No es fácil dar una idea exacta, por medio de cifras estadísticas, de la morbilidad por afecciones digestivas en la primera infancia, puesto que no puede uno valerse con tal objeto sino de los datos parciales de los consultorios ó servicios hospitalarios. Pero todo médico práctico no ignora que tales enfermedades, constituyen, sin disputa, el grupo con mucho el más considerable de las que reclamarán sus cuidados.

Agregaré algunos datos de mi servicio en el hospital San Roque, simplemente para dar una idea de la cifra aproximada de la morbilidad.

AÑO	1888	1889	1890	1891	1892	1893	1894	1895	1896	1897	Total en los 10 años
Población media durante el año.....	455.167	523.452	(1) 547.144	535.060	557.713	580.575	603.022	677.780	701.625	726.511	
Cifra de la mortalidad general.....	12.367	14.736	16.417	13.014	13.341	13.000	13.702	14.947	13.645	14.216	139.185
Cifra por mil.....	27 °/oo	28 °/oo	30 °/oo	24 °/oo	24 °/oo	22 °/oo	23 °/oo	22 °/oo	19 °/oo	19 °/oo	
Id. de la mortalidad de niños de 0 á 2 años....	4.606	6.500	5.713	5.290	5.270	5.166	5.275	5.418	4.797	5.184	53.219
Id. de esta última edad por afecciones digestivas	1.317	2.312	1.650	1 884	1.614	1.741	1.735	1.652	(2) 1.529	(3) 1.768	17.202
Cifra % en relación con la mortalidad de 0 á 2 años.	28.6 %	35.6 %	28.9 %	35.6 %	30.6 %	33.7 %	32.9 %	30.5 %	32 %	34.1 %	32.3 %

(1) Año de la última revolución en la Capital.

(2) (3) Las cifras de estos dos años son probablemente un poco menores que las reales, porque han sido tomadas de los Boletines mensuales de estadística, menos detallados en lo que se refiere á las causas de muerte que los Anuarios estadísticos de que provienen los datos referentes á los ocho años anteriores.

De 1.103 enfermos desde el nacimiento hasta 2 años de edad tratados durante el año ppdo., 379 ó sea 34 % corresponden á este orden de afecciones (190 de 0 á 1 año, 179 de 1 á 2 años).

Si carecemos de grandes estadísticas sobre *morbilidad*, carencia muy justificada puesto que no hay ni puede haber registro sobre la asistencia privada de los médicos, poseemos en cambio un dato de primer orden en la mortalidad por las mismas enfermedades.

Ahora bien; estudiando el período de diez años que comprende desde 1888 hasta el 1897 inclusive, encontramos los siguientes datos para la capital de la república (1):

Así, pues, durante los diez últimos años han fallecido 53.219 niños menores de 2 años, de entre los cuales 17.202, ó sea 32,3 % á causa de afecciones del aparato digestivo. Y mientras que, en los últimos años, la mortalidad general ha bajado hasta 19 por mil, la letalidad por afecciones gastro-intestinales en la primera infancia se ha mantenido sensiblemente uniforme (32,34 %).

Debo hacer una advertencia respecto de las cifras contenidas en el cuadro anterior. A fin de aproximarme lo más posible á la verdad, he escrutado prolijamente las tablas de mortalidad, buscando en los anuarios detalles más minuciosos que los que aparecen en los boletines mensuales, naturalmente más reducidos y mucho menos explicativos. Quien examinara, pues, únicamente los últimos, encontraría las cifras presentadas por mí demasiado elevadas puesto que dejaría de computar algunas que no están en ellos incluídos como correspondientes al grupo de afecciones que nos preocupa. Citaremos, por ejemplo, las designaciones de *anemia*, *atrofia*, *consunción*, *caquexia*, *marasmo*, *muguet*, etc., que comprendidas en los cuadros mensuales bajo el rubro de «enfermedades generales», no es dudoso deban engrosar nuestra estadística. A lo más podrían estar incluídos algunos tuberculosos, pero este exceso, muy pequeño por otra parte, estaría seguramente compensado por la falta de anotación de enfermos de nuestro grupo que, muertos

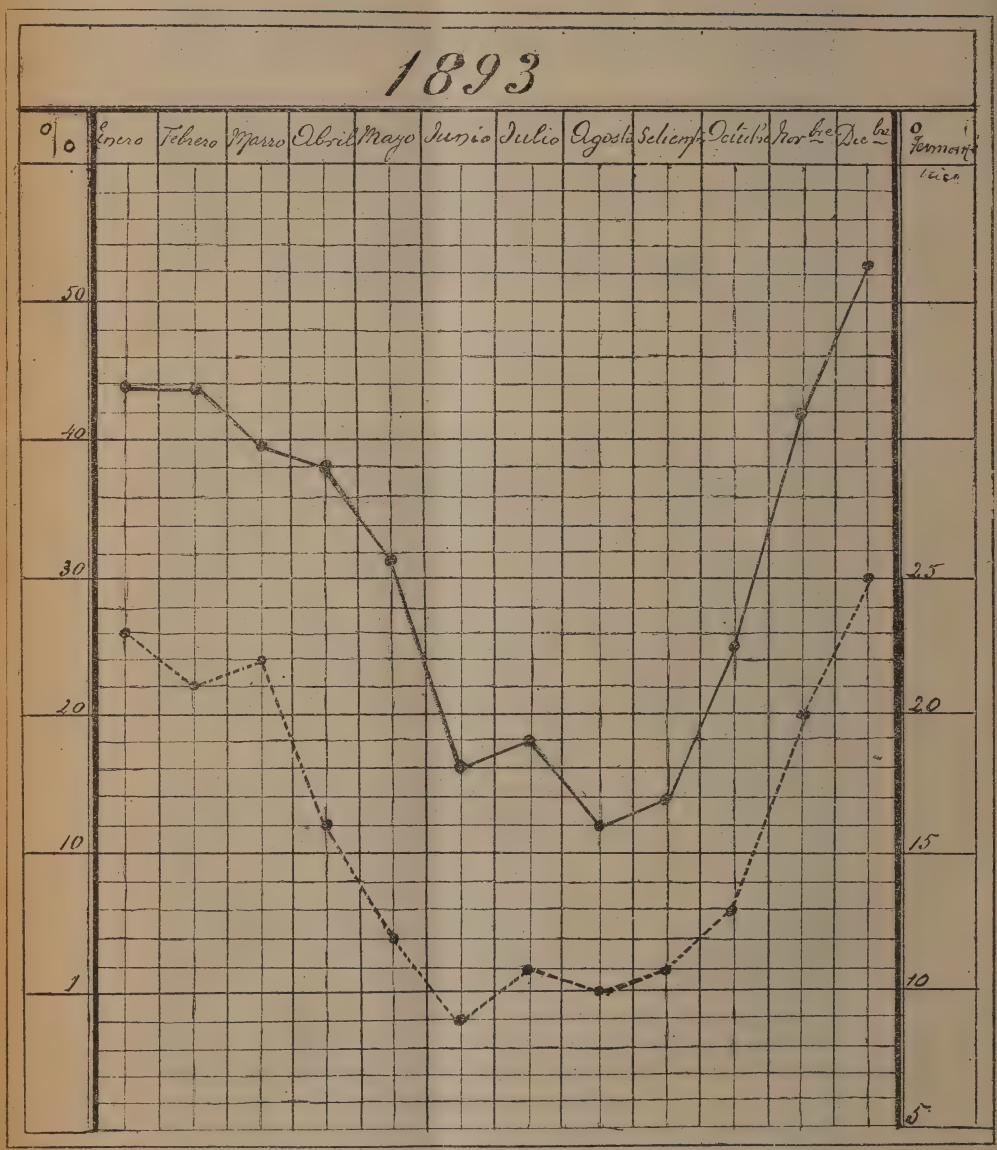
(1) Empezamos nuestro estudio por el año 1888, porque es el que sigue al del censo de la capital, que dió una base conocida y exacta á todos los cálculos demográficos posteriores.

por edema cerebral final ó una complicación bronconeumónica, figuran bajo estos últimos títulos en las listas del Registro Civil.

El 32 % de la mortalidad en la primera infancia es, pues, causado por las afecciones digestivas. Este sólo dato basta para dar una idea de la considerable morbilidad debida á dichas enfermedades, si se tiene en cuenta que la gran mayoría de estos enfermos curan y que, por consiguiente, el número de los muertos no es sino una pequeña parte de la cifra total de los atacados.

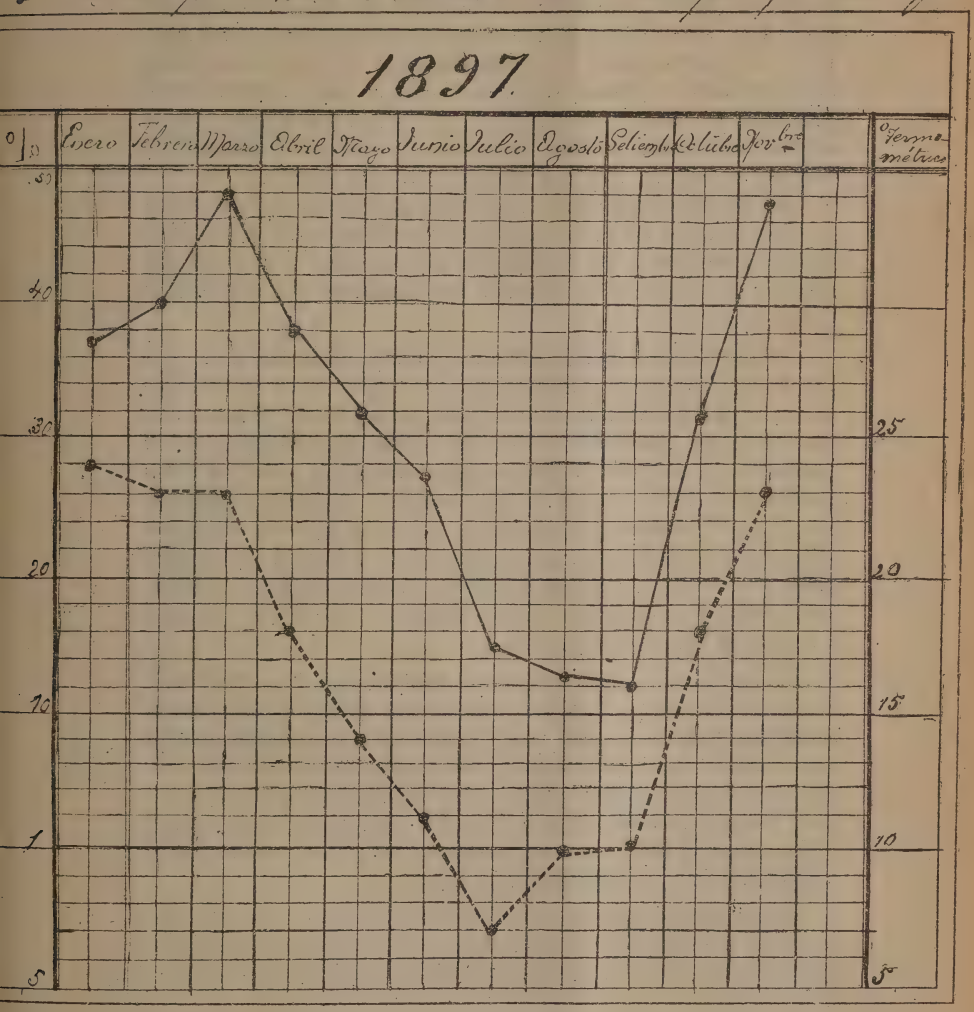
Si descendemos ahora al estudio detallado de los factores etiológicos generales, lo primero que ocurre examinar es la distribución de cifras indicadoras de la mortalidad en las diversas épocas del año. Es ya, en efecto, un hecho casi banal, á fuerza de universalmente establecido, que los desórdenes gastro-intestinales son mucho más frecuentes en los meses calientes del año que en los fríos, de donde el nombre de « diarreas estivales » dado en Inglaterra, Francia y otros países á las que en forma epidémica, suelen hacer numerosas víctimas durante la primavera y el verano.

Si se examina el cuadro siguiente, se notará que los meses de calor (Noviembre, Diciembre, Enero, Febrero, Marzo), son los que presentan las cifras máximas de mortalidad, alrededor de 40-45 %, pasando frecuentemente de esta proporción y habiendo alcanzado aun una vez la de 53 % (Diciembre de 1893) Ya en Octubre la cifra que oscilaba en Junio, Julio, Agosto y Septiembre entre 10 y 20 % sube de golpe á un número entre 20 y 30; el máximum (40-50 %) se mantiene desde Noviembre hasta Marzo; en Abril, la cifra, muy alta todavía, baja ya algo (33-38 %); en Mayo más aún (27-32 %); en Junio cae á 16-20 % (excepcionalmente 27 %); por fin, la mínima se presenta en Julio, Agosto y Septiembre. Se notará que hay sensibles variaciones de un año á otro; no obstante, la relación entre los meses fríos y los calientes es frecuentemente de 1 á 3, de



——— Tanto por ciento de la mortalidad de 0 á 2 años por afecciones digestivas.

..... Temperatura media del mes.


Temperatura media del mes.
Tanto por ciento de la mortalidad de 0 á 2 años por afecciones digestivas
1897
Enero
Febrero
Marzo
Abril
Mayo
Junio
Julio
Agosto
Setiembre
Octubre
Nov.bre
Dic.bre
Grados Centígrados
Grados Fahrenheit
50
40
30
20
10
0
25
20
15
10
5

1 á 4. Y si pudiera encontrarse una aparente contradicción entre los datos de que Septiembre, por ejemplo, tenga una mortalidad sensiblemente menor que Mayo, que es mucho más frío, tal contradicción no existe en realidad. Las afecciones gastro-intestinales no siempre matan en pocos días; frecuentemente, al contrario, son sub-agudas y tardan de uno ó dos ó más meses para producir su fatal resultado; se concibe, pues, que niños cuyos trastornos se han iniciado en Marzo ó Abril perezcan recién en Abril ó Mayo y aún en Junio.

Los cuadros gráficos adjuntos muestran cómo sube y baja la cifra de la mortalidad paralelamente á la cifra térmica mensual. El fenómeno es constante y para no repetir demasiado, presento los cuadros de dos años: 1893 y 1897.

La morbilidad en mi servicio y consultorio en el Hospital San Roque, lo mismo que en el que tuve en el Patronato de la Infancia, confirman esos datos. Tomando, por ejemplo, la estadística del Hospital San Roque en el pasado año de 1897, tenemos que mientras que los seis meses más fríos (Abril á Septiembre inclusive) figuran con 121 enfermos de esta clase, los seis meses calientes (Octubre á Marzo inclusive) aparecen con 261, es decir, más del doble. Los tres meses de Enero, Febrero y Marzo solamente, cuentan 151 enfermos, es decir, 30 más que los seis meses siguientes.

No hay duda, pues, de que la mortalidad y morbilidad de los niños pequeños por afecciones gastro-intestinales aumenta notablemente con el calor. Pero, ¿cómo actúa éste? Ante todo, facilitando las fermentaciones y alteraciones de causa microbiana de todo género en los alimentos; luego, exaltando la virulencia de micro-organismos que, como el bacillus coli comune, son huéspedes habituales del tubo digestivo.

Sobre otras maneras de actuar del calor, sobre la retención del calórico en el cuerpo del niño, por ejemplo, citada por *Meinert*, la verdad está lejos de haber sido adquirida.

De esto se deduce que el calor es perjudicial sobretodo porque hace más fácilmente nocivos los descuidos de limpieza y asepsia en la alimentación del niño. Y lle-

	1893			1894			1895			1896			1897		
	Muertos menores de 2 años	Id. por afecc. digestivas	%	Muertos menores de 2 años	Id. por afecc. digestivas	%	Muertos menores de 2 años	Id. por afecc. digestivas	%	Muertos menores de 2 años	Id. por afecc. digestivas	%	Muertos menores de 2 años	Id. por afecc. digestivas	%
Enero....	456	206	43 %	568	261	48 %	635	282	44 %	464	184	40 %	495	185	37 %
Febrero...	302	132	43 »	394	180	46 »	471	166	35 »	390	166	43 »	300	120	40 »
Marzo....	321	127	39 »	368	168	46 »	342	137	40 »	367	150	41 »	405	194	48 »
Abril.....	282	107	38 »	304	118	39 »	222	101	45 »	311	104	33 »	311	118	38 »
Mayo.....	325	101	31 »	306	92	30 »	356	96	27 »	294	87	30 »	363	116	32 »
Junio	351	55	16 »	318	54	17 »	397	77	19 »	420	72	17 »	345	94	27 »
Julio.....	363	61	17 »	395	56	14 »	397	71	18 »	382	78	20 »	427	65	15 »
Agosto...	512	56	11 »	456	55	12 »	422	67	16 »	335	74	22 »	385	50	13 »
Septiembre	424	55	13 »	411	42	10 »	427	63	15 »	492	162	33 »	341	42	12 »
Octubre...	433	111	25 »	382	73	19 »	481	105	22 »	489	168	36 »	416	127	31 »
Noviembre	577	240	42 »	605	226	37 »	547	166	30 »	416	132	32 »	725	339	47 »
Diciembre	828	443	53 »	779	355	46 »	615	271	44 »	427	152	36 »	671	318	47 »

gamos así al gran factor de la morbilidad y mortalidad de la primera infancia, la defectuosa alimentación.

Es en efecto, un hecho incontrovertible que el niño sometido á una alimentación adecuada y preparada de la manera más aséptica posible, si es artificial, pasa casi impunemente por variadas circunstancias que son la causa de gran letalidad para los otros, ó apenas experimenta trastornos pasajeros. El destete, por ejemplo, inocuo casi constantemente cuando es practicado con lentitud, y con tino en la elección y preparación del alimento, es muy frecuentemente causa de enfermedades serias en el caso contrario.

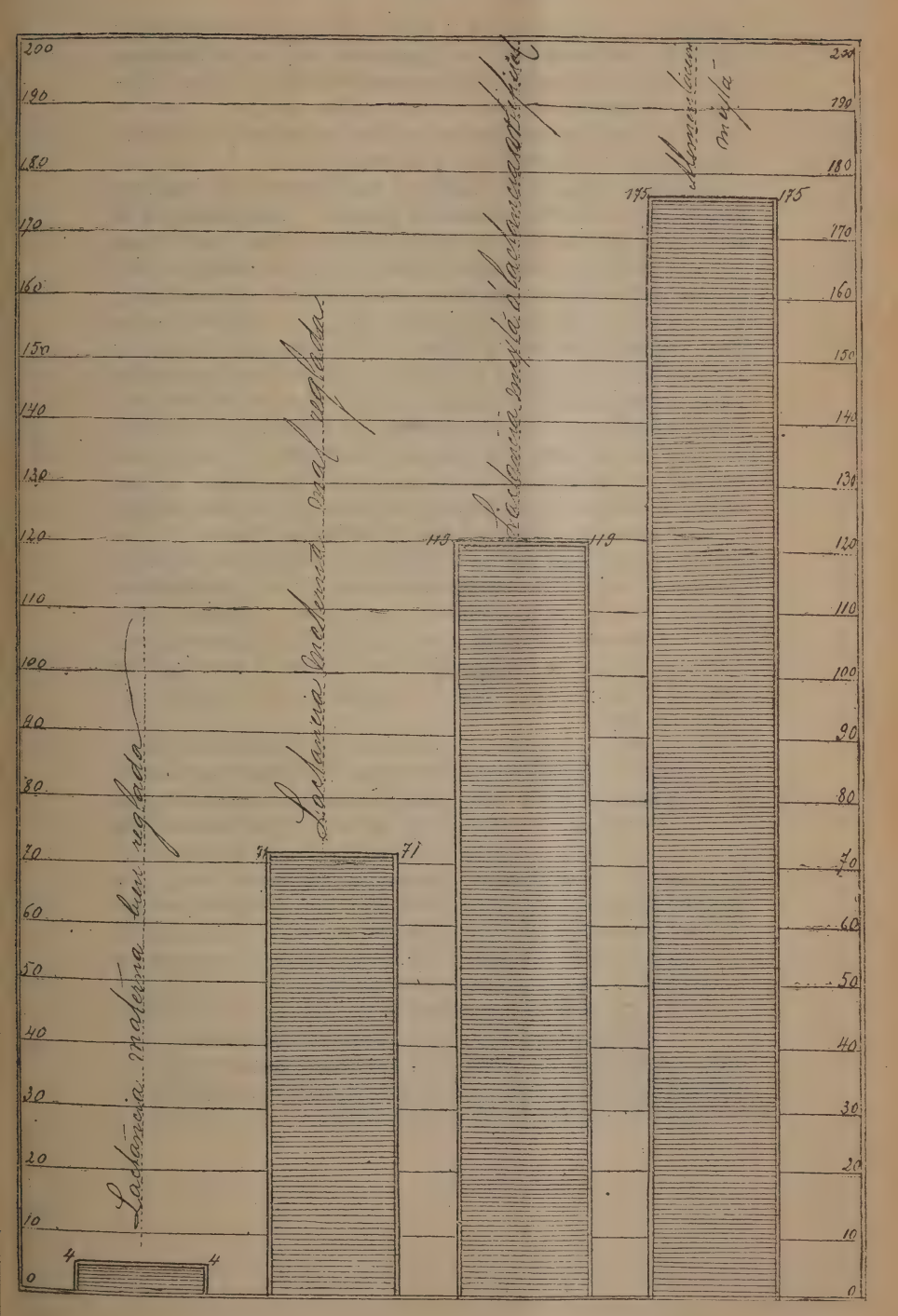
Véase en el cuadro siguiente, las cifras comparativas del número de los enfermitos de esta clase, atendidos el año pasado en mi consultorio del Hospital San Roque, distribuídos según la clase de alimentación á que estaban sometidos.

De 369 enfermitos (afecciones gastro-intestinales) de 0 á 2 años, sólo 4 han sido criados exclusivamente con la leche de la madre y en forma regular; en 71 la lactancia materna era hecha sin cuidado alguno y el niño presentado al pecho cada vez que lloraba; en 119 encontramos la lactancia mixta ó el biberón solo; y por fin la alimentación mixta, más ó menos general, entra con la cifra de 175.

Estas cifras son bastante significativas aún al primer golpe de vista para hacer inútil todo comentario.

Agregaré solamente que, aún en casos en que la alimentación parezca fisiológicamente adecuada á la edad del niño por su composición química, los desórdenes sobrevienen muy á menudo por faltas de asepsia en su preparación. El hecho está ya demasiado bien demostrado para que yo necesite detenerme á probar cómo, hasta cuando se emplea leche esterilizada, un detalle cualquiera descuidado basta para hacer perder los beneficios de la esterilización.

El profesor *Heubner* ha insistido mucho en su reciente folleto sobre alimentación artificial de los niños (*Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler*) sobre la necesidad de que no sólo la preparación sino también la administración de la leche sea hecha asépticamente, y mostrado lo difícil que es llenar este desiderátum en la


Ladrillo madera bien regladas
Ladrillo madera mal regladas
Ladrillo madera bien regladas
Ladrillo madera mal regladas
4
71
119
175
200
190
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10
0

práctica de los hospitales y asilos. Las asistentes tienen en efecto que atender á la alimentación y á la limpieza de los niños y se encuentra constantemente en sus manos ejemplares numerosos del bacillus coli.

No me detengo más sobre estos puntos porque saldría de los límites impuestos á este trabajo.

No quiero dejar, sin embargo, enteramente de lado, un asunto cuyo interés considero grande. Me refiero á la *dentición* incriminada con tanta generalidad como causa de los más graves trastornos gastro-intestinales. Mi propia experiencia, bastante grande ya en el hospital y en el público, me ha convencido de que tienen razón los que, como Kassowitz, Cadet de Gassicourt, Comby y muchos otros pediatras modernos han protestado contra esa tendencia á hacer de la dentición una cabeza de turco apropiada para cargarle todos los males, y todo médico libre de prejuicios podrá constatar que los niños alimentados naturalmente y aún los sometidos á una alimentación artificial cuidadosa, tienen sus dientes sin experimentar trastorno gastro-intestinal alguno.

Considero, pues que la dentición por sí sola no es jamás causa suficiente y que la falsa seguridad en que quedan muchos médicos y familias al aceptar esa etiología, conduce á funestas consecuencias que serían fácilmente evitables si se llevara la atención desde luego á corregir las faltas del régimen alimenticio, únicas culpables en casi todos los casos.

Las *malas condiciones generales de higiene*, *el hacinamiento*, *la suciedad*, etc., son causas poderosas en la morbilidad por afecciones gastro-intestinales, no solo quizá porque ellas contribuyen á imposibilitar la asepsia alimenticia, sino también probablemente porque son factores de otras intoxicaciones mal conocidas aún, pero indudablemente reales, aparte de que disminuyen las fuerzas de resistencia en el organismo del niño. Basta para convencerse de esta perniciosa influencia comparar la morbilidad gastro-entérica en la clientela del hospital y en la civil, y estoy persuadido de que si en las estadísticas de la ciudad estuvieran estas enfermedades clasificadas según los barrios, sería fácil hacer aquí las mismas constataciones que *Meinert*, en Dresde, *Earle* en Chicago, *Baginsky* en Berlín, etc. etc.

La extensión de antemano fijada á las comunicaciones presentadas al Congreso me impide continuar estudiando la etiología de los trastornos digestivos de los niños en sus puntos de menor importancia. Creo haber hecho resaltar bastante la influencia más perniciosa de la alimentación inadecuada ó insuficientemente aséptica, y quedaré muy satisfecho si puedo contribuir á generalizar la convicción de que nunca serán exagerados los cuidados que se tome para asegurar la lactancia materna bien reglada, ó en su defecto la lactancia artificial, con preparación y administración lo más perfectamente asépticas posibles.

Y sin tiempo para detenerme á examinar los mejores métodos de alimentación artificial, me limitaré á apoyar las conclusiones del trabajo ya citado del profesor *Heubner*, aceptando con el sabio maestro de Berlín, que los procedimientos más variados: leche muy diluída, leche poco diluída, con ó sin adición de lactosa y de cocimientos vegetales, crema de Biedert y leches condensadas, harinas lácteas, etc. etc., son susceptibles de prestar reales servicios á condición de que la asepsia domine en su preparación y administración.

Sin tiempo tampoco para discutir detenidamente los medios de profilaxia más convenientes, me limito á entregar á la consideración del Congreso las siguientes medidas de higiene pública, dejando de lado, por el momento la profilaxia privada:

1º Difusión entre todos los habitantes y especialmente en las bajas clases sociales, de los conocimientos más elementales de higiene infantil y sobre todo de higiene alimenticia, ya por medio de los médicos y de los empleados de la administración sanitaria, ya por opúsculos ú hojas volantes conteniendo indicaciones sencillas y prácticas.

2º Sanción de una ley nacional de protección á la infancia, reglamentando la industria de nodrizas y estableciendo penas graves para el abandono en malas condiciones de los hijos pequeños, con fines lucrativos.

3º Creación de una granja modelo municipal, con expendio al más bajo precio posible de leche esterilizada y convenientemente diluída. Severa reglamentación y vigilancia del comercio de la leche.

4º Establecimientos de salas-cunas en diversos puntos del Municipio, con asilos permanentes para criaturas huérfanas ó abandonadas.

5º Higienización de los servicios de niños de pecho. Aumento del personal de enfermeros y del personal médico para dispensarios externos, que tiendan á difundir lo más posible el cuidado de los niños enfermos en su propio domicilio y por su madre.

6º Institución de premios á las madres que presenten los niños mejor desarrollados, y de socorros pecuniarios ó en especie á las madres necesitadas.

7º Saneamiento de las habitaciones de obreros.

Buenos Aires, Abril de 1898.

Clínica de enfermedades de la piel del hospital San Roque

SALA 8.—CAMA 29

LEPRA NERVIOSA

Por el Dr. **M. Aberastury**

Jefe de clínica

Este enfermo ha venido del partido de Bolívar, en la provincia de Buenos Aires, á asistirse de una erupción eczematosa que ocupa los miembros inferiores y el antebrazo derecho, en su porción externa sobre todo: á

ese nivel la piel estaba muy infiltrada y recubierta de costras y de grandes escamas cuando lo examinamos por primera vez. El aspecto objetivo de las lesiones era el de un eczema vulgar, que había tenido varias *poussées* congestivas agudas y provocado así la infiltración cutánea. Y, en efecto, interrogado el paciente, nos dijo que su erupción databa de diez y siete meses, había tenido alternativas de mejoría y agravación, produciéndose en las partes afectadas, cada vez que se empeoraba, tumefacción y rubicundez de la piel, seguidas de un período de excreción serosa, con formación consecutiva de costras, que se hacían poco á poco menos gruesas, llegaban casi á desaparecer, dando lugar á la aparición de escamas más ó menos grandes, hasta que un nuevo empuje congestivo devolvía á las lesiones su carácter inicial.

La mayoría de los que han examinado este caso,—médicos ó estudiantes,—ha visto solamente el eczema, que es también lo único que ha preocupado al mismo enfermo. Pero hay en él algo más: un proceso apenas esbozado y de gravedad considerable.

Mirando la piel del cuerpo entero, fuera de las regiones atacadas de eczema, se ve, sobre su fondo uniformemente pigmentado, numerosísimas manchas blancas, distribuídas con cierta simetría, de extensión variable entre la de una cabeza de alfiler y la de la palma de la mano, perfectamente circulares muchas de ellas, y otras de bordes redondeados, irregulares ó policíclicos.

A primera vista, parecería tratarse de un vitiligo común. Sin embargo, el blanco de las manchas no es el blanco-papel del vitiligo: se puede decir que hay diminución y no falta de pigmento, y esta misma atrofia pigmentaria es mucho menos marcada en unas placas que en otras. Además, no se nota la hiperpigmentación que es tan saliente y de tanto contraste alrededor de las manchas del verdadero vitiligo. Si analizamos el estado de la sensibilidad en las porciones descoloridas de la piel, comprobamos un hecho de importancia primordial: en los puntos acrómicos hay una anestesia cutánea evidente al dolor y al calor, esto es, una termo-analgesia. Y ese hecho de importancia pri-

mordial nos debe hacer pensar inmediatamente que estamos en presencia de una neuro-lepride acrómica.

Antes de formular el diagnóstico, antes de pronunciar la palabra temible, conviene recordar que los exantemas maculosos son fenómenos accesorios, incidentales, que pueden desaparecer y á veces faltar en el proceso de la sistematización nerviosa de la lepra. Hay que buscar otros signos, otros síntomas, y reconstituir en lo posible todo el cuadro con los datos pasados y presentes.

El enfermo, un campesino de veinte años, ha oído decir que en su pueblo existe un hombre con el mal de San Lázaro, pero no lo conoce, no lo ha visto nunca, y sólo sabe que sus padres no han tenido ese padecimiento. Los conmemorativos, tratándose de lepra, son siempre obscuros y poco ocasionados á demostrar la fuente y el momento del contagio. Sea de ellos lo que fuere, los accidentes en este enfermo se han producido de la siguiente manera:

Siete meses después de tener fiebre tifoidea, á principios del año 97, comenzó á sentir dolores vagos en todo el cuerpo, más particularmente acentuados á lo largo de los miembros superiores é inferiores, y sobre todo en la planta de los pies. Durante varios días fué atacado de fiebre, con ligeros escalofríos y sudores muy abundantes, se le hincharon los pies y piernas, las manos y antebrazos, apareciendo al mismo tiempo en estas regiones manchas rojas que se agrandaron y unieron rápidamente, á medida que la tumefacción avanzaba hacia la raíz de los miembros. Poco después, de estos puntos empezó á brotar una serosidad pegajosa, y quedó desde entonces constituída la erupción eczematosa que persiste en el día, y cuya evolución hemos señalado anteriormente.

El enfermo vió en esos días las manchas blancas que le habían salido en el resto de la piel, pero no les dió, ni les ha dado nunca la menor importancia. Esas manchas fueron siempre acrómicas, y conservan ahora las mismas dimensiones que tenían en su origen.

Pero lo que llamó vivamente la atención de nuestro caso, fué que un mes después de hecha la erupción había perdido casi por completo la fuerza de las manos, y tenía encogidos los dedos. Lentamente se estiraron éstos, hasta que las manos, sin recobrar su antiguo vigor

á la presión, quedaron en el estado y la actitud que conservan actualmente: enflaquecidas y como afiladas, con los espacios inter-metacarpianos deprimidos, la eminencia hipotenar aplanada, y los auriculares con las dos primeras falanges extendidas y la tercera en flexión forzada.

La fiebre de varios días, acompañada de escalofríos y sudores, y las sensaciones dolorosas, han correspondido indudablemente al período activo de la infección leprosa y de su sistematización en los nervios periféricos. El eczema ha surgido como una dermatoneurosis por lesión material nerviosa, y no es más que un fenómeno secundario, una dermitis angio neurítica consecutiva á alteraciones de los vaso-motores, alteraciones dependientes de la lepra misma y que confieren sus propios caracteres de permanencia á la erupción eczematosa. En cuanto á las manchas acrómicas anestésicas, ellas pertenecen en absoluto al grupo de las neuro-leprides.

El carácter específico del proceso tiene su ratificación más importante en las atrofias musculares que dan á las manos su aspecto particular. atrofias debidas á una lesión degenerativa evidente de los nervios cubitales. Examinando estos nervios á su paso por la gotera olecraneana, se les encuentra de un grosor tres ó cuatro veces más considerable que el normal, y con dilataciones monoliformes, notables sobre todo en el cubital izquierdo. Ahora bieu, esta lesión de los cubitales es conceptuada patognomónica de la lepra nerviosa, y basta ella sola muchas veces para formular el diagnóstico de manera categórica. Están bajo su dependencia la atrofia de los músculos de la eminencia hipotenar y de los lumbricales é interóseos, y la actitud en *griffe* ó garra de los auriculares, signo que desde el primer instante nos llevó á buscar el estado de los nervios cubitales.

Las alteraciones de la sensibilidad cutánea son irregulares y poco marcadas, fuera de las manchas acrómicas, en las que se comprueba una termo-analgesia constante. Hay anestesias *en cinta* en la cara, en el borde interno de la planta de los pies y ciertas regiones de las piernas, así como en el dominio de los cubitales, siendo notable el fenómeno en los dedos auriculares y anulares y en el último pliegue interdigital, que se puede atravesar con

un alfiler sin que de ello se aperciba el enfermo. No existen trastornos en los órganos de los sentidos, y la sensibilidad de las mucosas se halla perfectamente conservada.

Por fin, es digno de ser anotado que el eczema ocupa precisamente las regiones donde, en períodos más avanzados del proceso, se observa casi infaliblemente una anestesia generalizada. A este respecto, dice Leloir en su famoso *Tratado de la lepra:* «La anestesia se localiza lo más á menudo al nivel de los miembros. Afecta primero los pies, después sobre todo la porción externa de las piernas y los muslos, deteniéndose, en los casos menos inveterados, en el tercio inferior del muslo, y remontando rara vez á la pelvis en los más antiguos. En los brazos, la marcha de la enfermedad es absolutamente análoga: el dorso de las manos, el lado externo del antebrazo y de los brazos son atacados mucho tiempo antes que la cara interna (pág. 157).» La erupción eczematosa de nuestro caso tiene en la actualidad dichas localizaciones, lo que contribuye mayormente á que le asignemos un origen trofo-neurótico.

He ahí lo que resulta del examen completo del enfermo. Reduciendo á fórmulas concisas esta interpretación, podríamos escribir el sumario siguiente:

Lepra nerviosa datando de año y medio.—Eczema angio-neurítico de origen leproso.—Neuro-leprides acrómicas d'emblée.—Neuritis leprosa de los cubitales, seguida de atrofia de los músculos de la eminencia hipotenar y de los interóseos y lumbricales, con auriculares en griffe.

Se ve, pues, que había algo más que una dermitis vulgar en este caso, y que hubiéramos cometido un pecado gravísimo contentándonos con el solo diagnóstico objetivo de la lesión más saliente: del eczema. La lepra, desarrollada insidiosamente, seguirá su curso lento y fatal, porque si no intervienen una higiene y una alimentación capaces de sostener ó aumentar las fuerzas bioquímicas defensivas del organismo, que llegan á veces hasta la curación espontánea, no hay que contar por el momento con la eficacia de las intervenciones terapéuticas usuales. Pasarán años y años,—diez, veinte, treinta, quizás;—pero á la larga, salvo que complicaciones inter-

currentes precipiten el desenlace, nuestro enfermo está condenado á sucumbir por caquexia leprosa, en medio de un cuadro en que suelen abundar las retracciones y parálisis, las mutilaciones de las extremidades y las grandes placas ulcerosas.

Con un tratamiento más moral que efectivo, en el que deben entrar en primera línea los consejos de una higiene personal rigurosa, podemos dar al enfermo ciertas esperanzas ó consuelos: 1º No es imposible que se cure, puesto que no son del todo raros los casos de lepra nerviosa que se sanan espontáneamente. 2º Siendo esta forma de lepra de tan larga duración, y permitiendo al enfermo vivir veinte ó treinta años más, en tan largo lapso de tiempo puede encontrar la terapéutica recursos eficaces contra ese mal. 3º Lo más probable es que se muera antes de cualquiera otra cosa, y no de lepra.

Agosto de 1898.

REVISTA DE LA PRENSA

SCHAEFFER.—*Estudios experimentales sobre la asepsia.*—(Soc. de Med. de Berlín).

Se llega á las siguientes conclusiones:

1ª La esterilización de los instrumentos, de los tapones y del material de apósito, así como de la seda para suturas, se puede efectuar de un modo tan completo que no hay necesidad de perfeccionar esta parte de la técnica. El agua con bicarbonato sódico y la corriente de vapor, bastan con seguridad, hasta donde puede hablarse de seguridad en ciencias naturales.

2ª El mejor medio de tener preparados los instrumentos es colocarlos en una disolución antiséptica ligera, siendo preferible para el caso una de fenol al 1 ó 2 por 100. Los bisturís, tijeras y agujas se colocan en alcohol. La preparación de los instrumentos para el momento de la operación, se ejecuta muchas veces, sacándolos de la vasija donde se los ha mantenido en un líquido hirviente, y poniéndolos en una placa

esterilizada, de donde los tomará el mismo operador. Sin embargo, esta práctica no es conveniente, puesto que el cirujano vuelve á colocar los instrumentos en la placa ó bandeja, se deseca la sangre que se les adhiere, y como esta sangre es un excelente terreno de cultivo para las bacterias que flotan en el aire, cabe pensar que, cuando la operación dura mucho tiempo, los instrumentos habrán de contener gérmenes. Por esto mismo no basta tampoco con colocar los instrumentos en disoluciones esterilizadas, saladas ó carbonatadas. No es suficiente con que los instrumentos previamente esterilizados continúen así, sino que se debe impedir que las bacterias que se depositan de la atmósfera, proliferen ulteriormente.

3ª Mientras dura la operación no se mantendrá destapada la marmita que contenga los tapones esterilizadas, sino que cada vez que se saque una de éstas se volverá á tapar la marmita, para evitar que entren en ésta las bacterias atmósféricas Lo mejor es que la enfermera mantenga la marmita cerrada debajo del brazo, que la abra cuando se le mande, que el operador saque entonces el tapón, y que queden los demás tapados.

4ª La seda cocida se guarda en un líquido antiséptico débil. Todo punto que se toque con las manos, hay que cocerlo de nuevo.

5ª Las vasijas donde se guarda el material de suturas se cubrirán con una tapa de vidrio que tenga reborde, para que el polvo no pueda llegar al borde superior de dichas vasijas. En los recipientes que se usan comunmente, sucede que en la ranura que queda entre la tapa y la pared de la vasija se deposita una capa de polvo que puede ser rozada al sacar la seda y tocar con ésta en las paredes de la vasija.

6ª De un modo análogo se evitará que penetre el polvo en las vasijas que contienen el alcohol ó los líquidos antisépticos. El procedimiento preferible consiste en cubrirlas con una tapa de vidrio que exceda y descienda mucho del borde de la vasija.

7ª Los mejores métodos para esterilizar el catgut, desde el de punto de vista de la asepsia, son los de Kocher (aceite de énebro), v. Bergmann, Reverdin, Kroening, Hoffmeister y Schaeffer.

8ª El procedimiento usual de desinfección de las manos

(agua de jabón caliente, alcohol, sublimado, cepillo fuerte), da resultados satisfactorios si se practica con la intensidad necesaria y se prolonga por el tiempo suficiente, con tal que las manos estén bien preparadas para ello. El uso de guantes parte de hipótesis falsas y es inconveniente.

9ª En los casos de laparotomía, la desinfección del campo operatorio se efectúa del modo siguiente: Uno ó dos baños generales en el día de la operación y en el precedente. Afeitar el monte de Venus antes del ultimo baño y cubrirlo con una compresa de formalina al 1 por 100 durante las últimas veinticuatro horas. Se desinfectará enérgicamente, no solo la pared abdominal, sino la torácica, el muslo, los vacios y las partes pudendas. El cuerpo se cubrirá con una sábana recientemente hervida, que tendrá una hendidura en el sitio correspondiente á la línea blanca.

10. Si bien es cierto que la infección por contacto es con mucho la más peligrosa y la más común, hay que prestar á los gérmenes atmosféricos mayor atención de lo que ahora se hace. Por lo tanto, se evitará ó hará desaparecer toda acumulación de polvo y toda impurificación de la sala de operaciones, debida á esta causa. Con tal objeto, estas salas cuyas paredes se podrán lavar y cuyos suelos serán impermeables, se mojarán á menudo. Además, después de cada operación se quitarán todas las manchas de sangre y todos los trozos de hilos que hayan quedado esparcidos.

11. La desinfección con la formalina, tal como se obtiene con la lámpara de Schering es de todo punto insuficiente. Por otra parte, como quiera que para hacer desaparecer el olor hay que tener abiertas las ventanas por mucho tiempo, parece dudoso que la formalina, se pueda emplear de ningún modo para privar de gérmenes á las salas de operaciones.

12. El desarrollo intenso de vapor sostenido durante hora y media ó más, ó bien el hacer funcionar por mucho tiempo un pulverizador de vapor, produce varias horas más tarde una diminución más considerable de gérmenes en el recinto.

13. Más sencillo en su empleo, y al mismo tiempo más eficaz, es la producción de una lluvia artificial por medio de un aparato de regadera que arrastre al suelo las partículas y bacterias que flotan en el aire. El autor ha demostrado

que la cantidad de gérmenes disminuye de este modo en un 9 por 10.

14. El aire expirado está exento de gérmenes, pero la herida corre algún peligro cuando habla el cirujano, á causa de las partículas que entonces se desprenden de la cabeza, de la barba y del sudor. Para evitar los peligros se usará una gorra de lienzo y una tira doble de gasa que envuelva ó rodee la barba, el carrillo y la boca. Se disminuye la proporción de bacterias del sudor, lavándose la cara inmediatamente antes de la operación.

Insiste el autor en que por más que la infección por contacto es más peligrosa que la producida por el aire, esta última también puede ser grave, como lo demuestran sus experimentos y los de Hegel, de Basilea.

Círculo Médico Argentino

Obras entradas á la Biblioteca en la primera quincena de Agosto de 1898

Díaz Juan J.—La vacuna en la República Argentina. Memoria presentada al Congreso Científico Latino-Americano.

Méndez Julio — Vacuna argentina contra el carbunclo. Memoria sobre los resultados prácticos de las vacunaciones.

Agote Luis — Defensa sanitaria marítima contra las enfermedades exóticas viajeras. Trabajo presentado al Congreso Científico Latino-Americano.

David Gualterio G.—Tomo XII de los Anales de la Oficina Meteorológica Argentina.

La Reforma—Publicación quincenal—Revista popular para la ciencia de curación natural y el régimen natural de vida.

Nos ha sido enviada la revista así titulada, que aparece quincenalmente y que dirige el Dr. José González Calvo. Aun-

que no creemos que esta revista sea bastante interesante para establecer el canje, consideramos conveniente dar á nuestros lectores una idea de esta publicación.

La Reforma, tiene los siguientes lemas: *Salud es riqueza. Conócete á tí mismo. Limpieza cura. Volved á la natura.* Quiere ser un consejero fidedigno para sanos y enfermos, propagar las doctrinas de la ciencia de curación natural y enseñar cómo pueden curarse las enfermedades El número último trae el siguiente material:

Tratamiento de los enfermos del corazón.—Los calambres. —Como me hice médico naturalista. –Charla médica. –Relatos de curación.—Misceláneas.

Transcribimos del artículo «Charla Médica:» Ella (la ciencia médica no PUEDE impedir enfermedades, porque nunca investiga la *causa* del mal, sino trata de curar enfermedades diagnosticadas; no puede pues precaver la causa, porque le es desconocida ó porque no existe para ella.»

«Además, no QUIERE aclarar al pueblo, no QUIERE precaver enfermedades; ¡oh, eso sí que no! Eso no le haría cuenta y perjudicaría á la dignidad. *Curar* quiere; *ensayar medicamentos nuevos* (venenos químicos) *en sus congéneres enfermos*; *inyectar suero* (última moda); suministrar *mercurio* é *ioduro de potasa* para curar á la humanidad de la ya reinante sífilis (medio por el cual el organismo en realidad es destruído para toda la vida) CORTAR, RASCAR, RASPAR, QUEMAR, AMPUTAR, etc, etc., y para finalizar, COBRAR CUENTAS, cuyo monto fabuloso no está en relación con el trabajo efectuado ó con la enfermedad completamente insignificante.»

«Todas las celebridades médicas que desde la cátedras de la universidad dejan lucir su inteligencia, están contestes de que toda enfermedad puede *curarse (?)* por un remedio específico; pero para emplearlo es necesario *esperar* hasta que el cuadro de la enfermedad corresponda á la fórmula. ¿Para qué entonces precaverse, para qué la higiene, para qué ni la más mínima limpieza.»

Como se ve, *La Reforma* no es amiga de la medicina moderna, pero según parece no se halla todavía lista para una guerra eficaz, desde que deja de desear mucho todavía la unión entre los que profesan la ciencia de curación natural. Como prueba, transcribimos la *correspondencia de la Redacción* que da idea sobre vida y costumbres de los colegas de ciencia de curación natural.

«*¡Director Soltãu!* Según hemos oído, la Clínica Internacional ha despedido al Sr. Soltau y ahora este señor ha convertido su dormitorio, durante el día, en un Instituto de masage. Las víctimas de este método curativo, cuando se dejan atraer, esperan en una pieza inmediata, y si son señoras, se les aplican masages interiores con el dedo, según un sistema de Brand. A los que padecen de los nervios,—*masage*, si sufren del estómago,—*masage*; si es la vejiga,—*masage* y *masage for ever*.»

El Sr. doctor Soltau ha declarado al mismo tiempo que no se le debe tratar más de *doctor* sino de *director* lo que también significa Dr. Aconsejamos á los curiosos vayan á visitar una vez el *Instituto de masage* del señor director. Se compone de dos piezas alquiladas en casa de una modista, calle Alsina 2179, de las cuales una se transforma en dormitorio directorial durante la noche para el señor ex dependiente de la farmacia Krauss.»

Lobit — Contribution á l'étude de Biarritz-Medical. Comunication faite au Congrès de Medecine de Moscou.

Freire Domingo — Memoire sur la bactériologie, pathogénie, traitement et prophylaxie de la fièvre jaune.

Alcobendas — Memoria presentada al Concejo Deliberante por el año 1897.

Hollaender — Totalexstirpation der Gallenblase und des Ductus cysticus nebst querer Leberresection wegen Carcinom, Bluststillung mit Luftcauterisation.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Agosto 31 de 1898 Nº. 16

DOS CASOS DE ANGIO-NEUROTOMÍA DOBLE DEL CORDÓN ESPERMÁTICO

Por el Dr. **Lorenzo Suárez**

Jefe de clínica del servicio de enfermedades de las vías urinarias del Hospital Rawson (Buenos Aires)

Después de los trabajos de Rawson y White, varios son los procedimientos operatorios que se han empleado contra la hipertrofia de la próstata, siendo los principales la castración, la resección de los canales deferentes, la ligadura en masa ó resección del cordón, la ligadura de las arterias espermáticas y deferenciales (White), la extirpación del testículo dejando el epidídimo (Bazy), resección bilateral de los nervios espermáticos (Przewalk), etc.

No es la índole de este trabajo el hacer un estudio detallado de cada uno de ellos, pero sí diremos de paso, que según las últimas estadísticas presentadas por Al-

barran y Motz (1) y que resumen á todas las anteriores están en favor de la castración. Esta última presenta los inconvenientes siguientes: oposición de parte del enfermo en permitir que se le opere, delirio, manía, depresión intelectual; además la mortalidad es, según Carlier (2) de 19 %, y según Englisch (3) del 16 %.

Teniendo en cuenta estos inconvenientes y lo poco alentadores que han sido los resultados de las observaciones presentadas al último Congreso Francés de Urología sobre la resección de los canales deferentes (Loumeau, etc.) nos propusimos ensayar la nueva operación propuesta por Albarran y Motz en dicho Congreso.

He aquí las dos observaciones:

I. S., 48 años, foguista, sin antecedentes hereditarios de interés. A los 20 años, primera blenorragia, la que curó al cabo de un mes sin complicaciones. Cinco meses después, segunda blenorragia, curando de ésta á los dos meses. Cuatro meses más tarde, tercera blenorragia la que le duró cuatro años.

Hace dos años que empezó la enfermedad actual por frecuencia de la micción (durante la noche 8 veces, de día 6); además tenía dificultades para efectuarlas. Estas fueron aumentando hasta que no pudo orinar más sin sonda Entra al servicio con retención completa el 1º de Abril de 1898.

Examen: á 3 cm. del meato con el explorador á bola Nº 23 se siente un anillo, en el bulbo se recibe la sensación con el mismo explorador de dos anillos superpuestos. En la vejiga no hay sensibilidad al contacto. Se retira al sondarla 660 gr. de orina turbia y de olor amoniacal. Al tacto rectal se encuentra una próstata aumentada de volumen (mediana), de consistencia blanda, de superficie lisa y regular, los bordes son redondeados y se puede palpar bien la base. Al examen cistoscópico se encuentra una vejiga á columnas, no teniendo el lóbulo medio hipertrofiado. Los demás órganos normales. No hay arterio-esclerosis. Marcha de la enfermedad: Se le pone sonda permanente y se le lava todos los días con nitrato

(1) Annales des Malad. des Org. gen. urinaires (Enero y Marzo 98)

(2) Compte-rendu de l'association fran. d'urologie, 1897.

(3) Wien. Med. Wochenschr, 1897.

de plata al 1 ‰. El 10 de Abril se le saca la sonda permamente y como el enfermo en los días subsiguientes no podía orinar sin que lo sondaran, y las orinas no se modificaban, se le propuso la operación, la que fué aceptada.

El 19 de Abril se le hace la angio-neurotomía doble, tal cual como la ha descrito Albarran y Motz (1). Tres semanas después de la operación el enfermo orina por primera vez 40 gr. de orina, siendo el residuo de 650 gr. (2). Durante dos meses el enfermo tiene intermitencias de agravación y mejoría, pero esta última se hace notar el 1º de Julio, que se le saca un residuo de 500 gramos.

El	8	de	Julio	orina	espontáneamente	50 gr.	y	retiene	505 gr.
»	9	»	»	»	»	150 »	»	»	500 »
»	15	»	»	»	»	190 »	»	»	»
»	18	»	»	»	»	440 »	»	»	495 »
»	25	»	»	»	»	500 »	»	»	»
»	26	»	»	»	»	1.150 »	»	»	405 »

El 1º de Julio se encuentra la próstata por el tacto rectal disminuída de volumen, pero el 26 del mismo mes la diminución era muy marcada, sin llegar al volumen normal.

2ª OBSERVACIÓN

J. S., 64 años, sin antecedentes hereditarios de importancia. Hace dos años tuvo reumatismo. No ha tenido blenorragia. La enfermedad actual comenzó hace dos años y medio próximamente, por dificultades en la micción. Estas fueron aumentando de número y haciéndose más tarde dolorosas. Entra al servicio el 13 de Julio, porque orinaba con mucha dificultad.

Examen: El canal es libre. La vejiga insensible al contacto. El enfermo retiene 1.200 gr. de orina; éstas son turbias y amoniacales. La próstata está aumentada de volumen, el lóbulo izquierdo más que el derecho, su-

(1) Association franc. d'Urologie, 1897.

(2) Resumiré en lo posible la marcha de la enfermedad por carecer de interés muchos puntos.

perficie lisa y regular, los bordes redondeados y se puede palpar la base, la consistencia es blanda. No hay arterio-esclerosis. Los otros órganos normales.

Marcha de la enfermedad: Se le pone sonda permanente desde el día que entró al servicio y se lava la vejiga con nitrato de plata al 1 °/₀₀ todos los días. El 21 de Julio se saca la sonda permanente y al día siguiente se saca la cantidad que retiene, que es la misma que cuando entró; por este motivo se le propone la operación, la que fué aceptada.

El 23 de Julio se hace la angio-neurotomía doble con cocaina.

El 24	de	Julio	retiene	870	gr.	de orina
» 25	»	»	»	690	»	»
» 28	»	»	»	650	»	»
» 30	»	»	»	500	»	»

La cantidad de orina que el enfermo emitía sin sonda no fué posible nunca medirla, porque el paciente, que era un antiguo maniático conservaba aun un poco alteradas sus facultades mentales, pero según el enfermero, ellas debían de pasar siempre de medio litro. El 28 de Julio se hace el tacto rectal y se encuentra la próstata con los dos lóbulos del mismo volumen por diminución del izquierdo.

Las dos observaciones que presento creo que tienen un gran interés, porque en éstas no se trata de accidentes producidos por la congestión del órgano, que sabemos desaparece con la sonda permanente, sino de retenciones crónicas; además, en ambas se ensaya la sonda permanente sin resultados, de manera que el éxito de la operación es francamente visible. He practicado esta intervención como lo aconseja V. Steiner (1) para la castración, es decir, después de haber agotado los otros métodos de tratamiento.

---

(1) Centralblatt für die Krankheiten der Harn und Sexual Organe Band IX Heft 2.

Como lo desea Desnos ([1]) hicimos en la primera observación un examen cistoscópico de la vejiga, en la segunda no fué posible el hacerlo por la oposición del enfermo. En el primer caso usé la anestesia general (éter), pues el enfermo era muy tímido; en el segundo usé con éxito la cocaina.

En el primer enfermo los resultados de la operación se hicieron sentir á los dos meses y medio próximamente y éstos fueron aumentando hasta el presente. La intervención ha obrado sobre el volumen de la próstata así como sobre la contractilidad vesical; además, habiendo mejorado el estado general del enfermo, la cantidad de orina aumenta considerablemente hasta llegar á la normal. El éxito de la intervención en este caso es notable, puesto que el enfermo antes de la operación no emitía ni una sola gota de orina, orinando en el presente 1.150 gr.; además la retención disminuye sensiblemente.

En el segundo enfermo, el efecto de la intervención se notó al día siguiente de ella, disminuyendo en gran proporción la cantidad que retenía. En éste la operación ha obrado más sobre la contractilidad vesical que sobre el volumen de la próstata, pues ésta disminuyó muy poco. Creemos que no se puede atribuir la diminución de la cantidad de orina que el enfermo retenía á una lesión renal, puesto que él emitía espontáneamente siempre un cierto número de gramos, los que no se pudieron medir desgraciadamente con exactitud.

Aunque todavía no se haya publicado ninguna observación sobre esta operación, pero dado el resultado que han obtenido Albarran y Motz en la experimentación y nosotros en estos dos casos en el hombre, creemos que se debe ensayar por su inocuidad antes de la castración, que presenta los inconvenientes anteriormente indicados.

---

(1) Compte rendu de l'Associa. d'Urolog.

VACUNA ARGENTINA CONTRA EL CARBUNCLO

RESULTADOS PRÁCTICOS DE LAS VACUNACIONES

Por el **Dr. JULIO MÉNDEZ**—1898, Buenos Aires, 76 pág.

Desde ya puede afirmarse, que el título de esta obra desde un principio ha llamado la atención entre el cuerpo médico, por la importancia que tiene el descubrimiento de una vacuna contra el carbunclo, muy especialmente entre nosotros.

Conociéndose además la ilustración y la seriedad de quien ha emprendido esos estudios, era de creerse que la resolución de un problema de tan vital importancia para nuestra ganadería, fuera recibido con el ardor y el entusiasmo, que pueden despertar las conquistas de la ciencia, cuando afectan tan de cerca la fortuna pública.

Pero, sin duda alguna, el ambiente científico, más que frío que reina en nuestro mundo intelectual, ha impedido que las experiencias de control de ese descubrimiento, fueran hechas por autoridades competentes en la materia.

Se ha debido, por esa causa, dejar la apreciación de los experimentos, á personas directamente interesadas en obtener un resultado fácil y rápido, y cuya apreciación por lo mismo que no está basada en los conocimientos técnicos del caso, tiene forzosamente que adolecer de ligereza.

No es posible aceptar que aquellos que no conocen la manipulación íntima del laboratorio, aunque dispongan de la mayor buena voluntad, puedan constituirse en jurado de un descubrimiento cuyo valor no es necesario hacer resaltar.

La experimentación en grande trae siempre aparejada dificultades, que hay que resolver en el momento, las

que apreciadas por los que no son técnicos, pueden hacer malograr la mejor prueba experimental y hacer creer que en el trámite de la observación no se ve claro.

En este caso, no es posible esperar desgraciadamente, que en el extranjero sean los técnicos del país, que resultarán tan de cerca afectados en su pingüe renta anual, los que comprobaran la bondad del estudio que esbozamos. Pero podrá muy bien ser un argentino quien haga conocer al mundo científico el secreto del procedimiento para la preparación de la vacuna anticarbunculosa.

El trabajo que estudiamos ha sido dividido en tres secciones. Su experimentación llevada á cabo con claro criterio. Su apreciación y conclusiones establecidas con alta inteligencia.

La 1ª parte comprende: las experiencias de vacunación de diversos lotes de ganados ovino y bovino, con el control de vacunar virus carbunculoso capaz de hacer perecer animales no vacunados; y la vacunación de otros colocados luego en terrenos infetados por el carbunclo.

2ª parte.—La vacunación regular practicada para preservar las haciendas del carbunclo; la acción de la vacuna primera y las estadísticas publicadas.

3ª parte.—La vacunación durante la epidemia—acompaña al trabajo un apéndice con copia de los documentos auténticos, que acreditan los hechos expuestos en la obra.

Las experiencias con el control del virus, han sido tres. La 1ª, en la estancia Pereda; la 2ª, en Montevideo bajo la dirección de Sanarelli; la 3ª, en la estancia de Repetto.

La 4ª experiencia fué hecha por Sanarelli con la vacuna argentina únicamente en bobinos y ovinos.

Estas cuatro experiencias ha permitido al doctor Méndez, establecer que la vacuna argentina, confiere la resistencia á los animales vacunados, controlada por la inoculación de virus que enferma ó mata á los animales testigos. Así como que esa resistencia es igual á la conferida por la vacuna Pasteur.

En terrenos donde existía el carbunclo, se hicieron tres experiencias, sobre animales situados en distintos campos: 1º, se vacunan 2800 sobre 3000.

La epidemia cesa. Reaparece después con la aplicación de la 2ª vacuna, pero más adelante no muere ya ningún animal vacunado, continuando, sin embargo, la mortandad entre los animales no vacunados.

2º, se vacunan 93 animales entre vacas y toros con vacuna Pasteur y 118 con la vacuna Méndez, á los pocos días mueren 4 animales. Uno de la Pasteur y tres de la otra, los demás vacunados fueron enviados á terrenos de epidemia, no muriendo ninguno.

3º, se vacunan 40 novillos y se colocan en terrenos malditos, junto con 4 testigos no vacunados. De los primeros no muere ninguno y entre los últimos uno al décimo día.

——

Con la vacuna argentina, se han vacunado 1500 cabezas vacunas sanas. Murieron 13 animales. Proporción de mortalidad, 0,86 por ciento.

Un grupo de 323 animales de á á 2 años, vacunados con 1/4 de cm. cúb., ó sea, la dosis para animales grandes, debiendo haberse empleado la mitad de ella, ha dado una mortalidad de 27.

La 1ª vacuna argentina en ningún caso mata, haya ó no epidemia.

Las causas que disminuyen la resistencia de los animales para el carbunclo, y que hay que tener en cuenta, son: los desarreglos intestinales, el cansancio, la preñez, la estación del año y sobre todo el estado epidémico.

Los animales vacunados en epidemia forman dos grupos.

En el 1º se vacunan 40 vacas en estado de preñez. Antes de la vacuna mueren de 2 á 4 animales por día.

La epidemia cesa desde esa fecha hasta 12 días después. Se practica la 2ª vacunación, y la mortandad que había recomenzado cesa á los 12 días, justamente en la época en que la inmunización conferida se hace positiva.

En el 2º grupo, se vacunan 350 vacas en estado de preñez, paralizándose la epidemia del 8º al 12º día de la 2ª vacuna.

Nos resta aún indicar las importantes conclusiones á que llega el doctor Méndez:

« El resultado de los hechos enumerados en este folleto, y cuya autenticidad queda comprobada por los documentos anexos, es:

1° La vacuna argentina contra el carbunclo es preventiva contra dicha enfermedad.

2° Ella es igual en su acción y dosificación á la llamada Pasteur.

3° La mortalidad producida por la vacunación en animales sanos, no alcanza al uno por ciento (1 %).

4° Empleada en epizootías carbunclosas intensas, limita completamente la epidemia, acentuándose sólo ligeramente la mortandad entre el 5° y 7° día.

5° Las pérdidas producidas en este estado son debidas á la enfermedad espontánea, por cuanto disminuye la resistencia individual.

6° La vacunación en epidemia se impone, pues el máximum de las pérdidas en tal caso es mucho menor que los estragos de la epidemia abandonada á sí misma.

7° Como un corolario, deducido de las experiencias y estudios que llevo enunciados, la época mejor para la vacunación está comprendida entre los meses de julio á septiembre, en nuestro país.

8° La vacuna argentina contra el carbunclo no ha producido, ni puede jamás producir, lo que en otros tiempos se llamaba « septicemia ».

He aquí, pues, esbozado en sus rasgos principales el importante trabajo, que no ha merecido la suerte del empuje de las autoridades científicas del país.

¿Podrá así, pedirse que nuestro medio científico se cambie?

Dr. Silvio Tatti.

REVISTA DE LA PRENSA

Derville.—*Los accidentes debidos al empleo de los rayos de Röntgen.*

Los rayos X determinan, lo mismo en la superficie cutánea que en los órganos profundos, trastornos de varia naturaleza.

El estudio de semejantes modificaciones de los tejidos, permite entrever las aplicaciones terapéuticas de dicho agente.

Los accidentes producidos por la exposición del cuerpo á la acción de los rayos X no parecen frecuentes. Dado el inmenso interés despertado por el descubrimiento y la viva curiosidad con que han sido repetidas las experiencias, son comparativamente raros los casos de accidentes consecutivos á estas últimas. Oudin, Barthelémy y Darier, en la Memoria que presentaron al Congreso de Moscú, apenas pudieron reunir cincuenta observaciones fehacientes.

Y falta añadir todavía, que la acción no bien conocida de los nuevos rayos, lo propio que el efecto de toda medida y de buen método en sus aplicaciones, han contribuído, á no dudarlo, hasta el presente, á determinar los accidentes observados. Conforme los estudios hoy planteados vayan ahondando el análisis de los fenómenos, es muy posible que disminuyan y aun, quizás, que desasparezcan los inconvenientes que en algunas ocasiones se han presentado.

De cualquier manera, cabe hoy afirmar que las sesiones excesivamente prolongadas ó muy repetidas influyen en algunas ocasiones sobre la gravedad de los accidentes consecutivos. Así, Elliot ha observado gangrena en la región esternal de dos jóvenes, que habían servido de sujetos de experiencia más de doce veces. (*New York, Dermatologische Gesellschaft*, Octubre 1897).

La demasiada proximidad del tubo de Crookes al cuerpo del individuo experimentado, influye aun más que la repetición ó duración excesiva de las sesiones. En efecto, ha notado Apostoli extensas zonas esfaceladas en la región abdominal, no curadas después de diez meses en un sujeto sometido por dos veces á los rayos X, á la distancia de 15 y 9 cm. del tubo, y por el espacio de 40 minutos y de 1 hora 15 minutos respectivamente (*Académie des Sciences*, 14 Junio 1897).

Sorel, por su parte, ha observado fuerte dermitis persistente durante un mes en una joven de 16 años, la cual recibió, á la distancia de 1 cm. y por espacio de 20 minutos, los rayos despedidos por un tubo Collardeau, puesto en acción por una bobina capaz de dar chispas de 10 cm. (*Académie de Médecine*, 12 Abril 1897).

La influencia de la proximidad del manantial de los rayos X no parece discutible. Oudin, Barthelémy y Darier han hecho más de 400 observaciones colocando el tubo á 15 ó 20 cm.

del cuerpo y valiéndose de una corriente máxima de 6 ú 8 ampéres. Siempre han podido prolongar las sesiones durante hora y cuarto, sin producir trastornos de cuantía, pues únicamente en cuatro ocasiones aparecieron leves accidentes.

Aparte de estas circunstancias ¿existen otras condiciones que favorezcan la acción nociva de los rayos X? ¿Ha de admitirse cierta predisposición individual, ó idiosincrasia, del mismo modo que suele aceptarse para las dermitis medicamentosas ó profesionales? ¿Ha de creerse en la intervención del estado nervioso, como quiere Sorel, ó referirse simplemente á las condiciones higrométricas y cicatriciales de los tegumentos? — He ahí los problemas que por ahora sólo podemos plantear, aguardando los ulteriores adelantos para alcanzar su resolución.

Los accidentes provocados por la exposición á los rayos Röntgen, ora se han observado en la piel y sus órganos accesorios, ora en los órganos profundos. Las lesiones cutáneas son las más frecuentes y las que mayor gravedad revisten; los trastornos viscerales apenas se presentan á veces, conforme veremos más adelante.

A. — *Lesiones cutáneas*

Las alteraciones recaen ya sobre la misma piel, ya sobre los pelos y las uñas. La asociación de estas lesiones es lo más ordinario.

Los trastornos de la piel pueden clasificarse en dos grupos: uno peculiar á los que manejan de una manera profesional los rayos X; otro referente á los enfermos que se someten á la acción de los mismos rayos con un fin diagnóstico.

Los trastornos *profesionales* se observan en el dorso de las manos y dedos, constituyendo el eritema radiográfico tan bien descrito por Richer y Zonde. La piel se vuelve lisa, rubicunda ó violácea, lustrosa, dura y apergaminada, apareciendo luego edematosa y como pegada á la parte subyacente. Los pliegues cutáneos quedan exagerados y el aspecto del fondo de los mismos es blanquecino y á veces ulcerado. La epidermis se exfolía y los pelos caen. Las uñas se aplanan, adelgazan y estrían, adquiriendo gran friabilidad. Al tacto suelen ser sensibles. Los movimientos digitales están entorpecidos por la rigidez de los tegumentos, y no es raro observar ligero temblor de las manos. Los dolores no son muy acentuados

en la mayoría de los casos; pues apenas se suele notar en los extremos de los dedos cierta sensación de constricción. La sensibilidad tactil es obtusa por regla general. En un paciente, se notó sensibilidad especial de calor, bien distinta del picor producido por los efluvios eléctricos, que aumentaba bajo el influjo de las radiaciones, hasta el extremo de permitir al enfermo el descubrir la presencia é intensidad de los rayos X. Todas estas alteraciones se suceden en lenta evolución, como constituyendo un proceso crónico, hasta que á la postre desaparecen, siempre que no se haya sometido el paciente á nuevas influencias de los rayos Röntgen, ya que de lo contrario se exacerban ó reaparecen con mayor vigor y premura.

Los individuos que sólo pasajeramente se han sujetado á la acción del agente que nos ocupa, apenas presentan leves eritemas análogos á las quemaduras de los primeros grados, siendo su aparición no procedida de prodromos, sino súbita después de una ó más semanas de la influencia de los rayos X.

Los casos más ligeros lo son de sencilla rubicundez seguida de manchas pigmentarias, aunque no es raro tampoco que se ofrezca la exfoliación epidérmica, y aun el levantamiento de flictenas, ya serosas, ya purulentas, que á la postre degeneran en ulceraciones. En los casos de mayor intensidad nótanse extensas escaras adherentes durante semanas y meses, como en el enfermo citado por Apostoli, el cual nueve meses después del accidente aun presentaba una escara de 17 × 13 cm. Lustgarten cita otra observación de persistencia de la escara por el espacio de cuatro meses. En suma, el desenvolvimiento tardío, la cronicidad y la resistencia á todo tratamiento, constituyen los caracteres peculiares de las lesiones de la piel producidas por los rayos X.

Los fenómenos dolorosos que acompañan á las dichas lesiones, consisten en sensibilidad exagerada, tensión, quemazón, dolor neurálgico lancinante. Gilchrist afirmaba que estos fenómenos dolorosos no se desenvuelven más que en las manos, mas los hechos han demostrado que no es posible aceptar tal aserto. Así el enfermo de Drury, antes de aparecerle la escara abdominal, experimentó penosa sensación de quemadura. (*The British Medical Journal*, 7 Noviembre 1896). Lo propio, aunque en accesos que ahuyentan el sueño, pudo notar en su enfermo Lustgarten.

Después de la curación de las lesiones, la piel queda escamosa y pigmentada en particular en los sitios cicatriciales.

La acción de los rayos X sobre los pelos ha sido indicada por Daniel (*Medical Record*, 25 Abril, 1896) La alopecia es un hecho frecuente como consecuencia de las sesiones radiográficas, siendo precedida por los diferentes fenómenos expuestos, aunque también se presenta á veces de una manera primaria. Los pelos se decoloran, aclaran y caen poco á poco, sin que resistan la menor tracción en la zona influenciada por los rayos X. De ahí surgió la esperanza de curar la hipertricosis, pero después se ha visto que la alopecia no es más que temporal.

El caso de Marcuse (*Deutsch. Med. Woch.* 1896, números 30 y 42), ofreció la regeneración pilosa á los tres meses. Lesser aisló una zona de uno de sus antebrazos mediante una lámina de plomo, exponiendo después por dos veces durante 15 minutos la porción descubierta á los rayos de un tubo de Crookes distante 10 centímetros. Los pelos cayeron, pero á las tres semanas ya había renacido (*Berliner dermatologische Gesellschaft* 1º Junio 1897).

B. — *Acción sobre las vísceras*

Negáronse en un principio, mas ahora no pueden ponerse en tela de juicio. Los síntomas no siempre son consecutivos á la exposición radiográfica, sino que á veces son coetáneos á la misma. Seguy y Quenisset han observado alteraciones en un dos por ciento de sus enfermos. En dos casos el sujeto sintió opresión seguida de palpitaciones y aritmia que llegó á ser insoportable (*Académie de Sciences* 3, Mayo, 1897). He ahí sin embargo, el siguiente hecho de las interesantes experiencias de Sabrazés y Riviére (*Académie de Sciences* 3, Mayo, 1897). Expusieron el corazón de una rana durante una hora á los rayos X, sin notar modificación alguna en el ritmo de sus latidos. En otros enfermos, la radioscopia del abdomen determinó dolores, náuseas y vómitos, conforme han observado Oudin, Barthélemy y Drury.

La interpretación de estos diversos fenómenos ha ocupado la atención de los observadores, emitiéndose muchas hipótesis, entre las cuales se comprenden las siguientes:

Lannelonge, Kaposi, etc., comparan la acción de los rayos X

á la de los rayos solares, y admiten, á la par que en la insolación, cierta parálisis vascular.

Guillaume supone que los rayos X trastornan la nutrición celular, descomponiéndose los líquidos orgánicos, cuyos ácidos y álcalis libres desorganizan los tejidos.

Levy-Dorn, Lassus y Meissner atribuyen las lesiones, no sólo á los rayos X, sino además de un modo principal á las descargas de las corrientes eléctricas, inseparables de las radiaciones.

Por último, Oudin, Barthélemy y Darier indican la posibilidad de que los rayos de Röntgen no obren *d' emblée* sobre la piel, antes al contrario ejerzan sus efectos por la mediación de los nervios tróficos. Las radiaciones obrarían sobre el sistema nervioso central y después de un período de incubación durante el cual la acción causal se desenvuelve, aparecerían los trastornos tróficos estudiados.

Apoyan esa opinión sobre los siguientes hechos: 1º, la identidad con las alteraciones consecutivas á la sección de un nervio periférico; 2º, la larga duración de las lesiones y su tendencia á recidivar mucho después de la sesión radiográfica; 3º, la aparición de ulceraciones, mucho tiempo más tarde de la exposición á las radiaciones, aún en zonas no influidas directamente por los rayos X, pero sí comprendidas en el mismo territorio nervioso; 4º, los trastornos circulatorios que preceden á la dermitis, y 5º, los temblores, trastornos sensitivos y paraplegias observadas en los conejitos de Indias sometidos á los rayos de Röntgen.

BAYEUX.—*Signo clínico indicador de la urgencia de intervención quirúrgica en el crup.*

En su larga práctica, Trousseau, Rouvier, Barthez y Cadet de Gassicourt, han dado ciertas reglas que determinaban la oportunidad de la traqueotomía, el momento en el cual no debía aplazarse más esta operación. Unos defendían la intervención precoz: otros la tardía. Si bien ahora, con el tratamiento antitóxico, se disminuye mucho el número de intervenciones quirúrgicas, todavía quedan muchas ocasiones para su aplicación, ya porque la potencia invasora de la infección determina rápidamente una exudación fibrino-leucocitaria intra-laríngea ó una irritación espasmógena precoz, ó porque se haya descuidado la pronta inyección del suero.

Ahora los términos del problema han variado: se retarda todo lo posible la intervención, porque la práctica ha demostrado que muchos casos, al parecer desesperados, terminan en la curación, mediante el suero, sin operación alguna; por otra parte, se tiende á operar pronto, toda vez que la traqueotomía ha sido substituida por la entubación laríngea, que es infinitamente más benigna que aquélla.

Dada la benignidad de esta intervención, todo conduce á defender la entubación precoz, ya porque á veces la introducción del tubo al empujar las membranas corrige rápidamente una gran disnea, ya porque evita la contemporización, pues ésta, que puede tolerarse en los hospitales, por ser allí constante la vigilancia, es muy peligrosa en la clientela civil, donde, faltando esa guardia continua, suele llegarse tarde de una visita á otra.

La extinción persistente de la voz, la violencia y repetición de los accesos de sofocación, la amplitud de las depresiones yuxtatorácicas, la apnea, son signos inconstantes y equívocos para determinar la oportunidad. Fijándose en los niños operados por otros y por él mismo, ha podido apreciar que en aquellos que han luchado con esfuerzos contra la asfixia, presentaban movimientos activos de sus músculos respiratorios accesorios, cervicales.

Uno de los primeros elementos clínicos es lo que llama *signos del esterno-mastoideo*: consiste en una *tensión activa* del músculo *rítmica, sincrónica con la inspiración*, que desaparece en la espiración y persiste durante un tiempo apreciable y especialmente en el intervalo de dos accesos de sofocación, separados por una calma aparente. Si explorado el músculo esterno-cleido-mastoideo bajo la condición precisa de que sea en un intervalo de los accesos, se comprueban esos caracteres, al mismo tiempo que el músculo se relaja en la espiración, se tendrán satisfechas todas las exigencias de esta indicación; entonces el suero por sí solo no es capaz de dominar la situación.

Para investigar este signo, la posición más adecuada consiste en acostar al niño sobre el dorso, con la cabeza en extensión mediana un poco alta: así se marcan las diferencias de rigidez inspiratoria y espiratoria: la exploración puede hacerse simultáneamente sobre los dos músculos ó por separado. En el primer caso, se aplican los dedos pulgar é índice sobre los bordes externos de ambos músculos, cerca de

su inserción clavicular y se aproximan de manera que se forme una curva de concavidad externa; ese es el momento de apreciar la tensión activa; cuando se hace la exploración sobre el músculo de cada lado, se aplican los mismos dedos sobre uno y otro borde. En uno y otro caso, en el acto de la inspiración, los músculos se ponen tensos como dos cuerdas y separan brusca y tenazmente los dedos; se aproximan en cuanto llega la espiración; tales movimientos de aproximación y separación, pueden ser vistos á distancia. Puede aplicarse el mismo método á otros músculos como el trapecio y escalenos. Sirve también para apreciar los resultados respiratorios en la obstrucción de la cánula ó del tubo: es la aguja manométrica la que gradúa la intensidad del vacío intratorácico.

H. Cuvillier.—*Vegetaciones adenoideas durante el primer año de la vida.*

Entre los trabajos múltiples publicados sobre las vegetaciones adenoideas en la infancia, muy pocos se refieren al primer año. La afección reviste en esta edad una forma clínica especial que merece describirse como forma de los niños de pecho. Las vegetaciones adenoideas son frecuentes en los niños que lactan; son congénitas; se desarrollan bajo la doble influencia de la herencia similar y del terreno, y se agravan por la acción de causas infecciosas locales (rino-faringitis), ó generales con determinaciones locales (sarampión, escarlatina, tos ferina, grippe, difteria, etc.) La evolución clínica produce síntomas funcionales especialísimos; por ser causa de la obstrucción nasal y retronasal, predominan los trastornos de la respiración y de la alimentación y originan por insuficiencia alimenticia y respiratoria, la caquexia-adenoidea.

a.—Trastornos de la respiración.—El niño respira con la boca abierta; las alas de la nariz están dilatadas; la respiración es precipitada, ronca, ruidosa, *cornage* de origen nasal, que cesa comprimiendo con los dedos las alas de la nariz. La tos falta pocas veces; es húmeda y fácil, seca y molesta. Es debida á la irritación y al catarro de la rino-faringe y no va acompañada de sensibilidad alguna de la tráquea ni del menor síntoma pulmonar á la auscultación ni á la percusión. Se ma-

nifiesta cuando los movimientos provocados ó voluntarios tienden á expulsar las mucosidades depositadas en la rino-faringe. Como fenómenos secundarios se observan la laringo-traqueítis, laringitis estridulosa, espasmo de la glotis, enfisema pulmonar. Todos estos síntomas se exageran durante el sueño; la falta de hematosis produce un principio de asfixia, debido á la intoxicación del bulbo por la sangre cargada de ácido carbónico; de aquí los diversos trastornos del sueño: agitación excesiva, pesadillas, terrores nocturnos, llantos, accesos de opresión. Hay coriza persistente de las fosas nasales. El labio superior y las aberturas nasales están irritados por el derrame continuo de mucosidades. Estas mucosidades llenan también la rino-faringe y se deslizan á lo largo de la pared posterior de la faringe bucal.

b.—Trastornos de alimentación.—Como es imposible hacer la succión normal, el niño se ve obligado á respirar por la boca y á interrumpirla á cada momento para tomar aliento. Algunas veces es acometido de accesos de tos que le obligan á expulsar la poca leche absorbida. La alimentación se hace defectuosa; la dificultad respiratoria y anoxhemia crónica le debilitan con rapidez; se produce la caquexia adenoidea. Los *signos físicos* son menos importantes que en edad más avanzada; existe el *facies* característico, sobre todo durante el sueño, el labio superior se eleva más ó menos, deja al descubierto las encías y forma un arco de concavidad inferior. El tórax suele deformarse. Esta deformación es distinta de las producidas por el raquitismo. Este puede ser una causa auxiliar, pero la predominante en este caso es la disnea.

El examen de la naso-faringe, imposible con la rinoscopia anterior y posterior, sólo puede hacerse por el tacto digital con el índice, ó mejor con el dedo meñique. En los primeros meses, la poca extensión de las cavidades bucal y faríngea hacen imposible casi siempre el tacto digital. El diagnóstico y el tratamiento se hacen á la vez por medio de un corte con las pinzas en la naso-faringe, extrayéndose así partículas de la amígdala faríngea si está hipertrofiada. Cuando se puede hacer el reconocimiento con el dedo, se tocan las vegetaciones como un tumor blando y friable, situado entre la pared posterior de la faringe y la parte superior del velo palatino.

Además de los trastornos de la respiración y de la alimentación, existen accidentes auriculares (sordera); muchos casos de sordomudez son debidos á vegetaciones adenoideas, cuya existencia se desconoce.

Estos síntomas tienen intensidad variable, según el momento en que se observan. La marcha esencialmente crónica de la afección está interrumpida algunas veces por crisis febriles agudas (ataques de adenoiditis), y los accidentes se agravan, calmándose, una vez pasada la crisis; la afección es apirética fuera de las complicaciones. Las amígdalas palatinas se hallan casi siempre en estado normal.

El diagnóstico positivo se hace por los trastornos funcionales y por el examen local. En todo niño apirético con trastornos de la respiración y de la lactancia, se sospecharán las vegetaciones adenoideas.

El diagnóstico diferencial se hará: con la coriza simple, con la coriza sifilítica, con la tos ferina, con una afección profunda de las vías respiratorias, con la adenopatía tráqueo-bronquial. Cuando el *cornage* depende de las vegetaciones adenoideas, cesa si se comprimen con los dedos las alas de la nariz. A veces coexisten las dos afecciones que dependen de una misma influencia diatésica. Entonces hay signos pulmonares.

Del conjunto de los síntomas pulmonares, se deduce que el pronóstico de las afecciones es grave cuando no se trata de un modo conveniente. En las vegetaciones adenoideas, la obstrucción nasal es permanente, mientras que en la coriza es solo pasajera. El aire, en vez de pasar por el filtro nasal penetra directamente frío, impuro, cargado de polvos y micro-organismos en la faringe, y puede provocar complicaciones en la parte inferior de las vías respiratorias (amigdalitis, laringo-traqueítis, bronco-pneumonía, etc.). Por último, cuando las vegetaciones adenoideas son causa de sordera, no es necesario insistir para demostrar toda la importancia de un diagnóstico exacto y de un tratamiento radical.

El tratamiento es médico ó quirúrgico. En los casos benignos se ensayará primero el tratamiento médico. En vez de las pomadas é insuflaciones de polvos, se harán instilaciones nasales de aceite mentolado (1 por 60), ó de resorcina (1 por 50 ó 1 por 25), cuatro veces al día. La faringe nasal y bucal se limpian de las mucosidades por medio de toques con glicerina boratada ó ligeramente iodada (1 por 100). Estas

maniobras se harán con suavidad y prudencia para evitar todo espasmo laríngeo. Si se repiten los accidentes de urgencia, si la obstrucción nasal imposibilita la alimentación, ó si se observan fenómenos auriculares, se recurrirá al tratamiento quirúrgico, es decir, á la extirpación de las vegetaciones. La operación, fácil, tiene menos consecuencias en esta edad que en otras. Es inútil la anestesia, porque los niños se manejan con facilidad, y además es preciso operar con rapidez. Como instrumento, se emplea una pinza de vegetaciones, cuya parte acodada es muy corta, formada casi únicamente por las cucharas y que forma un ángulo casi recto con el resto del instrumento. En el niño de pecho bastan uno ó dos cortes con la pinza por sección. Se evita así toda hemorragia grave y el tratamiento es sencillísimo. Si no basta la primera intervención para dejar libre la rino-faringe, se practica uno ó dos más, según los casos, algunos días después. El único accidente de la operación, practicada en estas condiciones, es la presión del vómer entre los dientes de la pinza. Este accidente se evita con facilidad, dando á las cucharas del instrumento la dirección conveniente. Las consecuencias inmediatas de la operación son benignas. El niño permanecerá en la habitación varios días para evitar un enfriamiento capaz de producir complicaciones auriculares. Se obtiene la antipsesia nasal de la herida operatoria con las instilaciones del aceite mentolado. Los resultados operatorios son excelentes. Las vegetaciones extirpadas por completo no reproducen. Se restablece la respiración nasal, la alimentación se regulariza, lo mismo que el desarrollo del niño.

LEJARS — *Tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa*. (Soc. de Cirugía de París).

El tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa es muy conocido hoy día en sus términos generales. Pero en algunos casos de peritonitis tuberculosa aguda, se puede ser llamado á practicar operaciones de urgencia, por ejemplo, por síntomas clínicos de oclusión. En un caso se trataba de un hombre de treinta y nueve años, bastante robusto, que tenía el vientre meteorizado y no expulsaba ni excrementos ni gases. Por no ser los síntomas muy alarmantes al prin-

cipio pensó en una oclusión intestinal de marcha lenta y crónica. Pero después se acentuaron rápidamente los síntomas, y tuvo vómitos fecaloides muy característicos; el meteorismo se acentuó aún más. Entonces hizo Lejars la laparotomía; el peritoneo estaba seco y el intestino muy dilatado; el intestino y el epiploón mayor estaban sembrados de granulaciones tuberculosas, pero no había indicios de oclusión mecánica; por lo tanto, cerró el vientre sin hacer nada más. Algunas horas después de la intervención, el enfermo hizo una deposición y mejoró. Luego aquí, ha intervenido L. por manifestaciones de pseudo oclusión intestinal no mecánica, de orden paralítico, en el curso de una peritonitis tuberculosa aguda. En otro caso también se trataba de una peritonitis tuberculosa aguda que evolucionó con todos los caracteres de una peritonitis apendicular generalizada. L. hizo el diagnóstico de apendicitis y practicó una laparotomía lateral; encontró el ciego y el epiploón cubiertos de granulaciones tuberculosas, con muy poco ó nada de líquido en el vientre, el cual cerró sin hacer otra cosa. La enferma ha sobrevivido, y tres meses después de la operación salió mejorada del hospital.

W. Ewart — *Tratamiento de la enfermedad de Bright crónica (nefritis tubaria).* (Soc. médica de Londres).

Los métodos de tratamiento empleados hasta ahora en la nefritis tubaria, no han sido curativos de la enfermedad, ni siempre de sus síntomas. La curación completa, y al parecer espontánea, de algunos casos después de períodos largos de tratamiento ineficaz, prueba, por el contrario, que las lesiones no son por necesidad incurables ni fatalmente destructoras de la estructura renal ni de sus funciones. Los casos de que se trata son los de nefritis tubaria simple con hidropesía, enfermedad que no ocasiona lesión permanente y que puede considerarse como un catarro epitélico inveterado. En otras variedades de enfermedad renal, el catarro epitélico es sólo una de sus lesiones; hay más ó menos congestión y proliferación celular entre los tubulos y degeneración fibroide en grado variable. El tratamiento es mucho menos eficaz. En ellas, como en la nefritis puramente tubaria, la albumi-

nuria es un factor aislado. El grupo de la « nefritis aguda » presenta una gran analogía con el de la nefritis tubaria crónica, y las indicaciones son las mismas. Los caracteres de esta nefritis son: 1º, la hidropesía; 2º, la anemia; 3º, la oliguria; y 4º, la caquexia y el marasmo, enmascarados por el edema persistente, y que originan complicaciones fatales y la extenuación.

El tratamiento se funda en la consideración de estos síntomas, particularmente el edema. La hidropesía puede considerarse como una protección de la naturaleza y un remedio contra la intoxicación fatal; pero también, si no se trata de buena manera, como una dificultad y un peligro. El mismo edema es peligroso cuando es abundante por comprimir los tejidos, suspender la circulación linfática é impedir el metabolismo. Mientras persiste, dificulta la nutrición general y local. Su tratamiento ordinario por la posición horizontal en el lecho, sirve más bien para deprimir las funciones vitales. Estos son los escollos sistemáticos del edema. Otra serie de resultados afecta al riñón, cuya nutrición, lánguida ya, se hace más difícil á causa del obstáculo á la circulación linfática libre. En virtud de este edema persistente, la nefritis tubaria se convierte en una enfermedad linfática y su tratamiento hay que considerarle desde el punto de vista del sistema linfático. La indicación es corregir el edema de este aparato en un área lo más extensa posible y favorecer su derrame por el desagüe. Consíguese éste por la posición, porque la gravitación influye sobre la hidropesía renal, aunque menos que sobre la cardíaca. Se procurará que el edema se coleccione en los miembros inferiores, colocando inclinado el lecho; el tronco y los miembros superiores libres de derrame, se tonifican en tanto por el masaje.

La acupuntura, ó la incisión y el desagüe, producen un alivio positivo sobre el tejido edematoso de todo el cuerpo, sobre las cavidades serosas si contienen líquido, y sobre la circulación linfática. Llenan también la primera indicación, la de eliminar del organismo el líquido acumulado y contaminado. Empleado de una manera sistemática, llena además la primera indicación del descanso fisiológico de los riñones, por abrir otra vía de salida á los líquidos. El sistema linfático se hace entonces en alto grado el conducto eliminador. Hamilton ha demostrado que los productos inflamatorios de la nefritis son eliminados en gran parte por los linfáticos del

riñón, fenómeno análogo al que se observa en la pulmonía. Esta observación se halla en armonía con lo *racional* del método aconsejado, y que exige la libertad de la circulación linfática como parte esencial del tratamiento del riñón en la nefritis.

La indicación principal es poner cada función en el estado más normal posible, para ayudar á la naturaleza á reparar el estrago local. Cree Ewart que los métodos que se emplean de ordinario han fracasado: 1º, por no corregir sistemáticamente el edema, sino más bien favorecer su permanencia; 2º, por llenar de un modo imperfecto la indicación del descanso fisiológico de los riñones; 3º, por intentar obtener la diuresis cuando son defectuosas la nutrición renal y sus funciones; 4º, por olvidar los medios higiénicos y alimenticios favorables para recuperar la fuerza y nutrición generales y del riñón.

Los objetos especiales del tratamiento aconsejado, son: 1º, dejar libres las vías linfáticas obstruidas por el edema; 2º dar salida libre por la sangre, y en particular por los linfáticos, á los sólidos solubles y á los productos tóxicos que pueden eliminarse; 3º, favorecer artificialmente la circulación linfática por los movimientos pasivos, el masaje, etc., con objeto de favorecer la nutrición y el metabolismo de todo el cuerpo, y en particular del riñón. Cuando el edema es general ó está localizado en algún punto, la primera indicación se llena disponiendo el lecho de modo que los pies estén más bajos que la cabecera. Los tubos de Southey, ó incisiones pequeñas hechas en los espacios linfáticos dilatados, de preferencia en la parte posterior de la articulación tibio-tarsiana, son medios eficaces para el desagüe del edema. La operación debe ser precedida de las precauciones antisépticas necesarias, aplicar encima de las incisiones curas antisépticas y untar el pie con vaselina para evitar que se moje la piel. De este modo se consigue extraer grandes cantidades de líquido. Mientras dura el desagüe debe emplearse una alimentación nutritiva, porque el objeto principal del tratamiento es vigorizar al enfermo; en ciertos casos, es necesario emplear, durante algunos días, el régimen lácteo exclusivo con objeto de activar la diuresis cuando principia á cesar el derrame. Si la afección es reciente, el enfermo puede levantarse y andar por la habitación. En el caso contrario, el ejercicio activo guardará relación con las fuerzas.

Uno de los fines principales de este tratamiento, es restablecer la energía cardiaca y la nutrición, que tienden á debilitarse. Obtenido en parte, pueden ensayarse con mejores resultados los medicamentos. La digital obra de un modo eficaz sobre el corazón y los riñones. El hierro, indicado para la anemia, suele ser bien tolerado, y además otras substancias medicinales, por ejemplo, el mercurio, el arsénico y los tónicos amargos. Cuando se presenta la uremia sin hidropesia, se trata por la extracción de una gran cantidad de sangre. Puede obtenerse el mismo resultado sin pérdida sanguínea, si se obtiene un derrame suficiente de linfa que forme una hidropesía en los miembros inferiores. El edema local se obtiene á beneficio de la presión difusa con un torniquete aplicado sobre el triángulo de Scarpa, colocando debajo del instrumento una torta de algodón en rama. Cuando se suple la función excretoria del riñón, mejoran todas las demás funciones renales.

MANGIAGALLI—*Tratamiento de la Eclampsia.* (Ann. di Ostetr. é Ginec.)

«1º. La terapéutica preventiva es altamente benéfica, removiendo aquellas condiciones que son probablemente la expresión de la autointoxicación gravídica, y lo es tanto cuanto más se extiende el círculo de tales condiciones, comprendiendo sobre todo la albuminuria, especialmente en las primíparas, y también muchos disturbios gástricos, sensoriales, nerviosos. La leche, al par que los medios aptos para desinfectar el contenido intestinal, aumentar la diuresis, mejorar el funcionamiento de la piel y estimular la acción cardíaca constituyen el remedio soberano contra la eclampsia en estado virtual.

2º. El tratamiento médico, ya venga representado por la sangría, ó bien por los drásticos, por la morfina, por el cloral, por el cloroformo, por el *veratrum viride*, ó por los diaforéticos, es tratamiento excepcionalmente sintomático, así como verdaderamente curativo. Constituyen, de todos modos, el único tratamiento posible en la eclampsia *post partum*, y es un recurso precioso en espera de las condiciones que permitan la intervención obstétrica. La sangría, seguida de

inyecciones subcutáneas ó endovenosas de solución fisiológica de cloruro de sodio, es un método terapéutico que estriba en consideraciones racionales, y cuenta hechos clínicos en su favor, pero éstos son sobrado escasos y no permiten, hasta ahora, una adecuada apreciación.

3º. La pronta evacuación del útero constituye el punto más importante de la eclampsia; mas esto debe naturalmente atemperarse de una parte á la gravedad del caso; de otra, á los peligros de la intervención.

4º. En la eclampsia *intra partum*, es buena regla terminarlo cuando lo permiten las condiciones y anticipar éstas mediante incisiones múltiples del cuello, siempre que éste haya desaparecido y la dilatación no sea suficiente.

5º. En la eclampsia del embarazo está indicada la provocación del parto mediante las rupturas de las membranas y el uso de la morfina ó del cloral ó del *veratrum viride* á altas dosis, tanto más útiles cuanto más cerca se administran de la explosión del acceso y en tanto se alcanzan las condiciones establecidas en el número 4. Si el caso fuese grave, el peligro inminente, y á pesar de la ruptura de las membranas asociada á los medios indicados, no hubiese esperanza de poder contemporizar hasta la desaparición del cuello é incipiente dilatación, pero hallándolo acortado y reblandecido, la dilatación forzada puede encontrar más extensa y fácil aplicación que las incisiones profundas de Dührssen. En los casos del mismo orden en que el cuello permaneciese impreparado ó existiesen condiciones que hicieran particularmente difícil ó contraindicaran la expresada intervención, la operación cesarea puede hallarse justificada, especialmente si el feto fuese de término y estuviese vivo.

6º. Toda intervención debe hacerse durante la narcosis clorofórmica profunda.»

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Septiembre 15 de 1898 Nº. 17

SOBRE UN CASO DE POLIOPÍA HISTÉRICA

Por el Dr. **Otto Wernicke**

La poliopía no se cuenta entre los síntomas oculares frecuentes de la histeria. Considero interesante y digno de ser publicado el siguiente caso que he observado últimamente, porque algunos de sus síntomas se separan de lo común y porque no puede ser explicado satisfactoriamente por la teoría más aceptada hoy día, ó sea por la teoría acomodativa de *Parinaud*.

Señora X, de 43 años, casada, madre de varios hijos. En sus antecedentes no hay nada de importancia, exceptuando síntomas marcados de histeria; ataques nerviosos, palpitaciones, gastralgias, etc., por los que ha estado

varias veces en asistencia médica, siempre con el diagnóstico de histeria. Desgracias repetidas y exceso de trabajo (fuera de los quehaceres domésticos de su familia bastante larga, da lecciones en varios colegios) mantienen á la enferma en estado de depresión y cansancio continuo.

Desde algunos meses atrás nota que su vista se nubla á menudo y que á veces ve doble, especialmente cuando quiere enhebrar una aguja; por esta razon acude á mi consultorio particular.

Es de aspecto enfermizo, de color pálido y presenta una hipoestesia marcada del lado derecho de la cara. Ambos ojos son de aspecto completamente normal; V. = 5/6 con esf. + 1 D 5/5. En ambos ojos el oftalmómetro muestra un astigmatismo según la regla de 0,50 D, pero la corrección con cilindros no mejora la visión. Acomodación normal para su edad. El fondo de ojo es normal.

Atribuyendo las quejas de la enferma á una insuficiencia de convergencia, coloco delante del OD un fuerte prisma con base hacia arriba. En lugar de indicar dos imágenes, la enferma ve tres: dos bastante cercanas una de la otra y una tercera más alta. Hay, pues, diplopia monocular del OD. Esta diplopia ofrece los siguientes caracteres: las dos imágenes están una al lado de la otra; la derecha corresponde al objeto visto. La derecha es más marcada y parece estar un poco más elevada que la imagen falsa. La diplopia existe desde la distancia de más ó menos 25 cm. del ojo hasta el infinito, manteniéndose las imágenes más ó menos en la misma distancia entre sí. Levantando ó bajando la vista no hay cambio en la posición de las imágenes. En la adducción las imágenes se separan un poco, en la abducción se acercan algo.

La diplopia se hace más marcada colocando un vidrio azulado delante del ojo. Vidrios de otro color, lo mismo que la corrección de la hipermetropia, no la influencian. La distancia entre las imágenes es solo de algunos centímetros y varía según el estado de la enferma. Cuando ví la enferma por primera vez, había diplopia manifiesta mientras que la segunda vez la diplopia solo se producía con ayuda de un vidrio azul, y aun así las imágenes es-

taban casi en contacto. El campo visual del OD es normal para el blanco, los límites para el azul y el colorado son más ó menos iguales, pero se entrecruzan en algunos puntos; el campo para el verde está algo reducido hacia arriba y hacia abajo. La diplopia sólo existe en la parte central del campo visual.

La diplopia monocular, ó más bien dicho la poliopia, desde que pueden verse tres ó más imágenes (*Ulrich* cita el caso de un enfermo que veía seis imágenes) es casi siempre de origen histérico. Fuera de los casos en que una alteración del aparato dioptrico (astigmatismo irregular, luxación del cristalino, catarata, policoria, etc.) es causa de la poliopia, se la ha observado en varias afecciones nerviosas (epilepsia, ataxia, sífilis cerebral, neuritis óptica).

La poliopia histérica muestra algunos caracteres constantes. Generalmente se ven dos ó tres imágenes, pero su número puede ser mayor. Puede existir en un ojo ó en los dos á la vez, pudiendo ser diferente el número de falsas imágenes. Cuando hay dos imágenes, la falsa está hacia afuera; si hay tres, hay una falsa de cada lado de la real. Esta regla indicada por *Parinaud* tiene sus excepciones, como lo muestra el caso arriba expuesto, en el que la imagen falsa está hacia adentro. La separación de las imágenes puede variar según la distancia ó quedar constante. A menudo existe micropsia ó macropsia. Si hay tres ó más imágenes, la primera en desaparecer es la que se ha mostrado primero. *Pansier* ha demostrado que poniendo un vidrio colorado delante un ojo histérico, se puede á veces provocar la diplopia ó aumentar el número de las imágenes, si ya existía poliopia; los vidrios azules poseen la influencia más marcada.

Beer y *Richter* habían creído que la causa de la poliopia residía en la retina que en ciertos estados patológicos tendría la propiedad de desdoblar las imágenes.

No podemos atribuir la poliopia histérica á alteraciones del aparato dióptrico estático, que faltan siempre en

los casos típicos. Además, las leyes de óptica no nos permitirían explicar porque la interposición de un vidrio coloreado aumenta el número de las imágenes, porque éstas afectan una posición constante en todos los casos. etc.

Fallot atribuye un origen cerebral á la diplopia monocular: «Cuando una imagen es recibida sobre la retina, la impresión, á causa de la decusación de las fibras ópticas, es percibida á la vez por el cerebro derecho é izquierdo; pero las dos imágenes á consecuencia de la asociación funcional de los dos hemisferios se sobreponen y no se percibe más que una sola. Bajo ciertas influencias, esta asociación funcional se altera por un mecanismo que nos es desconocido, las dos imágenes no se sobreponen más y el sujeto las percibe aisladamente, es decir, ve doble.»

Esta explicación es inaceptable. Sólo serviría para explicar la diplopia, pero de ninguna manera la triplopia, etc., que sin embargo, debe tener la misma causa desde que la una puede transformarse fácilmente en la otra.

Parinaud explica la poliopia histérica del siguiente modo: «El cristalino no es una lente homogénea, su estructura segmentaria favorece la producción de diversas imágenes delante y detrás de su foco. En el estado normal, la acomodación lleva siempre el foco sobre la retina y oculta así el defecto de estructura. La contractura de la acomodación favorece de varias maneras la producción de la poliopia, inmoviliza el músculo y suprime su función. Marca la dehiscencia del cristalino haciendo más convexa la cara anterior del cristalino.»

Según esto, debía haber poliopia en todos los casos de contractura de la acomodacion, cosa que no sucede. Es cierto que con el empleo de la atropina ó con vidrios convenientes se ha podido suprimir á veces la poliopia, pero no siempre. En nuestro caso la enferma no está en la edad en que se observan generalmente la poliopia histérica (15—20 años) y los espasmos de la acomodación; al contrario, su acomodación está intacta y si se hubiera producido un espasmo del músculo ciliar debía haber producido una mejoría útil en la visión cercana desde que se trata de una hipermetrope; pero la visión á distancia ha quedado intacta, la de cerca está normal, teniendo en cuenta la edad de la enferma.

Ninguna de las teorías puede, pues, explicar satisfactoriamente todos los casos. Debemos conformarnos á admitir que intervienen diversos factores y que el órgano superior central desempeña probablemente el papel más importante como en todas las manifestaciones de la histeria.

BIBLIOGRAFÍA

ALEJANDRO POSADAS.—*Ensayo sobre una nueva neoplasia del hombre producida por un protozoario y trasmisible á los animales.—Psorospermiosis infectante generalizada.—Comunicación hecha á la Academia de medicina de Buenos Aires;—Laboratorio del profesor Dr. Wernicke.— 1898, Imp. Jacobo Peuser.*

El hecho de haberse practicado en mi laboratorio las investigaciones de que el autor nos da cuenta, no me inhabilita de manera alguna para entender en el juicio de este trabajo. Los que conocen mi laboratorio y al autor saben con qué independencia procedía él en sus observaciones; estoy además convencido de que Posadas no hallará juez más severo.

La comunicación que nos ocupa es la segunda que sobre el mismo tema presenta el autor á nuestra academia; termina con ella el estudio de la enfermedad que descubriera; llegando en sus deducciones casi siempre muy bien fundadas, tan lejos como hoy por hoy en estudios análogos puede llegarse.

La cantidad de labor que su ensayo representa, sólo puede ser apreciada por los que han practicado investigaciones análogas, por los que tienen el hábito del trabajo de laboratorio, tantas veces tan poco lucido y poco estimado por el profano.

Debemos declarar desde un principio, que los resultados que Posadas ha obtenido corresponden en un todo y

son un justo premio de la energía, constancia y vigor empleados.

La primera comunicación de Posadas se refería al estudio del individuo enfermo que observó; contiene ella la historia del paciente y los resultados de los exámenes practicados sobre piezas extraídas al mismo; si bien ya se nos refirieron en algo sus ensayos de inoculaciones con sus resultados positivos, es recién en esta segunda comunicación que se publica el estudio completo de la infección provocada en animales: ratas, cobayas, conejos, gatos, perros y monos, siendo estos últimos animales los que de material más interesante lo proveyeran. Se distinguen los monos de los otros animales en que ensayara infecciones, porque en el mono pudo producir una afección aguda, lo que hizo que pudiera ver producirse en pocas semanas lo que en los otros se pasaba en meses y en el hombre en años.

Hoy podemos decir que la *coccidia de Posadas*, nombre que me gustaría que le fuera reservado á este protozoario, está tan estudiada como el más conocido de los protozoarios patógenos, el *plasmodium malariæ;* distinguiéndose los estudios que á uno y otro malhechor se refieren, en que el uno fué estudiado por muchos, que muchos contribuyeron á allegarnos el material de hechos y observaciones en que se ha construído el edificio, mientras que para el otro, Posadas ha sido él solo el arquitecto, el artesano y el artista que levantara el edificio que representaría nuestros conocimientos sobre lo que él llama psorospermiosis.

Posadas prueba que soluciones de contigüidad de los tegumentos son las puertas de entrada para la infección; que ésta se hace en células mesodérmicas; que la primera propagación se hace por los linfáticos, quedando demostrado el camino que la infección siguiera por los ganglios, que cual jalones van mostrando el punto hasta el cual ha llegado el invasor.

Una vez el causante en el torrente circulatorio, la infección se generaliza, pareciendo que no hay región alguna con vasos y tejidos conjuntivos en la cual no pueda anidarse produciendo los nódulos característicos á su rededor.

Los esporos capsulados y los desnudos, forma amiboi-

dea prevista y buscada en su primera comunicación, son hoy evidenciadas como dos formas de multiplicación: la una para la infección crónica, la otra para la invasión aguda.

Vienen en el trabajo de Posadas gran cantidad de láminas, esquemas unas veces, fotografías otras, que facilitan la comprensión del texto. Es de lamentarse que Posadas, que se revela en parte como maestro que domina la fotografía, haya sido tan poco exigente algunas veces; hay algunas láminas que no son lindas.

El espacio de que disponemos y la naturaleza del trabajo de que tratamos no nos permiten entrar á dar más detalles ó á extractarlo como bien lo merecería; los que se interesan por el tema no tienen más recurso que acudir á estudiar el original.

Si se nos obligara á clasificar la monografía de Posadas, diríamos de ella que es la más completa que se haya producido entre nosotros, que donde quiera que se la lea se reconocerán sus méritos y que en cualquier parte del mundo se dirá que hay en la República Argentina investigadores que saben trabajar tanto y tan bien como en los centros europeos.

¡Para aprender á trabajar, para hacerse un buen investigador puede convenir, pero no es necesario recurrir á las escuelas del viejo mundo!

Septiembre 14 de 1898.

R. Wernicke.

REVISTA DE LA PRENSA

M. Spillmann.—*Las asociaciones micróbicas y las infecciones mixtas.* (IV Congreso francés de Medicina).

Los autores no se hallan de acuerdo relativamente á las divisiones que pudieran introducirse en el grupo de las infecciones por asociaciones micróbicas. Los unos han empleado indistintamente las palabras de infección secundaria ó in-

fección mixta; los otros han designado con el nombre de infecciones mixtas los casos en que dos enfermedades se suceden en el mismo individuo; otros hay que reservan esta denominación para los casos en que la primera enfermedad provoca realmente la segunda, ó para aquellos en los cuales dos microorganismos, que aisladamente no serían patógenos, dan lugar, juntos, á un tipo morboso perfectamente caracterizado.

En Francia, parece prevalecer el empleo del término *infección mixta* cuando dos infecciones comienzan y evolucionan simultáneamente; se dice que hay *infección secundaria* cuando una infección nueva, habitualmente provocada por un elemento microbiano vulgar, añade sus efectos á los de una enfermedad anterior.

Max Gruber y J. Bernheim han dividido estas infecciones secundarias en infecciones *obligatorias* si la deuteropatía no ha podido desarrollarse sino en el terreno preparado por la primera, en infecciones *facultativas* si el microbio deuteropático puede por sí solo producir la enfermedad correspondiente. Esta división no parece que corresponda á la realidad, ni en lo que respecta al elemento micróbico, ni en cuanto concierne al medio morboso.

Según esa clasificación, negamos el nombre de infección secundaria á los accidentes de *generación homógena* (por ejemplo las artritis supuradas de neumococos consecutivas á la neumonía).

Con el nombre de *infección doble*, von Leyden designa ciertos casos de contaminación puramente accidental (tal un tuberculoso que contrae una blenorragia).

Podríamos decir, por último, que hay *infección consecutiva* cuando una infección segunda sobreviene en un individuo predispuesto por las consecuencias de una infección protopática anterior, desaparecida.

Asociaciones micróbicas en las enfermedades fundamentales.— En la *tuberculosis*, las infecciones mixtas existen, como lo atestiguan los numerosos hechos clínicos y las investigaciones experimentales de Koch, Kitasato, Pasquale, Watson Cheyne, Babes, Cornet, Petruschky y Jakowsky.

Esas infecciones determinan manifestaciones clínicas ora por *extensión de contigüidad*, ora por *generalización*.

Por extensión de contigüidad pueden producirse bronconeumonías de origen neumocóccico (Duflocq y Ménétier) ó

estreptocóccico. Estas bronconeumonías, á veces en forma de bronquitis capilar, constituyen una complicación siempre grave acarreando las más de las veces la muerte en breve plazo.

Bäumler, von Wunschheim, insisten sobre el papel desempeñado en el génesis de esas bronconeumonías por la aspiración del contenido de las cavernas, sobre todo después de las hemoptisis.

En 1866, Bonome publicó tres casos de empiema debido al estafilococo piógeno en el curso de la tuberculosis. Recientemente hemos podido observar en nuestro servicio dos casos de pleuresía purulenta de neumococos desarrollada en dos tuberculosos. Pansini, el príncipe Luis de Baviera, Lemoine, Netter, han dado á conocer los resultados de exámenes bacteriológicos positivos relativamente á esos dos microbios. Si en los derrames serofibrinosos la investigación bacteriológica da en la mayoría de los casos el bacilo de Koch ó queda negativo, en los derrames purulentos los microbios de asociación son más frecuentes.

Las manifestaciones clínicas de la infección secundaria por generalización pueden afectar, según Etienne, dos tipos: 1º, un tipo septicémico, el más frecuente, á veces con lesiones del aparato cardiovascular (Etienne, Haushalter y de Langenhagen, P. Teissier, Vaquez), del aparato biliar (Ménétier, Thiroloix, Hanot y Parmentier), de las meninges y de los ganglios (Babes); 2º, un tipo piohémico representado por una interesante observación de Blocq, en la cual había, junto con una peritonitis enquistada, unos infartos supurados del hígado y del bazo, y una artritis supurada de la rodilla.

Schabad, estudiando la cuestión de las asociaciones micróbicas comunes en la tuberculosis, dice que hay que considerar como infección mixta los casos en los cuales se encuentran los microorganismos suplementarios en el tejido pulmonar ó en la sangre; la presencia de de esos microorganismos en los esputos, salvo para el estreptococo piógeno—distinto, en su sentir, del estreptococo de las mucosas—no es suficiente. El tetrágeno, el neumococo, más raras veces que el estreptococo, son el origen de las infecciones secundarias cuyo acto final puede ser la septicemia.

La asociación del bacilo de Koch y del bacilo de Eberth Arribat, Haushalter, Sarda y Villard) es interesante. No creemos deber insistir sobre la asociación con el bacilo de

la lepra, de la cual sólo se conocen algunos casos (Danielsen, Philipson, Auché y Carrière, Rake).

Todos los autores se hallan contestes en considerar el pronóstico de las infecciones mixtas como más grave que el de la tuberculosis pura. Según Koch, Spengler, Huguenin, etc., los resultados satisfactorios del tratamiento climatérico y de las inhalaciones medicamentosas son debidos principalmente á su acción sobre los elementos infecciosos secundarios.

En la *fiebre tifoidea*, Malvoz ha evidenciado perfectamente el hecho imprevisto de la ausencia habitual del colibacilo en los órganos de los enfermos; lo mismo vemos en Etienne. La infección tífica puede favorecer, en cambio, las infecciones sépticas secundarias. Korczynsky y Gluzinsiky han referido una epidemia de fiebre tifoidea que reinó en Cracovia allá por los años 1889-90, durante la cual de 9 enfermos que habían sido conducidos á un servicio de cirugía, donde había igualmente varios enfermos atacados de séptico-piohemia, 5 sucumbieron á la infección purulenta.

La puerta de entrada para los agentes de la infección secundaria puede encontrarse en la cavidad bucal (parotiditis purulentas de E. Frankel, Simmonds, etc.), en la garganta, en la laringe, en las ulceraciones labiales (Hutinel).

En concepto de E. Frankel y de Simmonds, las afecciones faringeas en la fiebre tifoidea son la consecuencia de infecciones secundarias. Dieulafoy ha referido dos observaciones de accidentes secundarios debidos al estreptococo y al estafilococo blanco, con manifestación primaria á nivel de la faringe, con generación ulterior bajo forma de abscesos y de flebitis. Sin embargo, Lucatello, Bessou, atribuyen las inflamaciones faringeas al bacilo de Eberth.

La puerta de entrada puede estar constituída por las ulceraciones intestinales (Senger, Vincent) ó de la piel (Chauffard, Achard, Rendu).

Otros autores han señalado casos de pleuresía, de neumonía, de erisipela, sobrevenidos en el curso de la fiebre tifoidea.

Cuando los gérmenes de infección secundaria han penetrado en la sangre, cuando se han generalizado, pueden determinar una piohemia ó una septicemia cuyo cuadro se confunde con el de la fiebre tifoidea. Sin embargo, según las investigaciones de Loison, Simonin y Arnaud, prodúcese en el momento mismo de la infección secundaria una modifica-

ción de la curva térmica, que hemos podido comprobar igualmente en ciertos casos de eritema secundario. En concepto de dichos autores, los quince ó veinte primeros días de fiebre son debidos al bacilo de Eberth; lo restante al estafilococo.

Wassermann señala como caracteres de las formas septicémicas ó estreptotíficas (Vincent) un sopor frecuente, una rapidez del pulso más acentuada que en la fiebre tifoidea ordinaria, una tendencia marcada de la curva de temperatura á grandes descensos, una disposición general á las hemorragias.

Aparte de la forma septicémica general, hay una que se manifiesta por un eritema (Forget, Hutinel y Martin de Gimard, Etienne y Gillet). En las observaciones de estos últimos autores, el tipo de este eritema era rubeólico, escarlatinoide ó polimorfo; dos veces encontraron estafilococos en la sangre.

Como observaciones excepcionales, recordemos el caso de carbunclo publicado por Karlinsky, el hecho de edema maligno señalado por Ehrlich y Brieger; la asociación del bacilo piociánico con el bacilo de Eberth (Rumpf, Oléincko).

En la *difteria*, la existencia simultánea y constante del bacilo de Löffler y de otros gérmenes morbosos no implica forzosamente su asociación patógena activa. Los autores no se hallan de acuerdo sobre la gravedad de la asociación estrepto-bacilar: en efecto, mientras que Roux, Barbier, Sevestre, Méri, etc., la consideran como muy grave, von Ranke, Genersich, Variot, etc., no han observado ninguna variedad especial.

Hilbert señala el tipo streptococcus brevis como agente que agrava particularmente la difteria, al paso que la asociación con el estafilococo es más benigna, al igual que la asociación con el bacilo seudo-diftérico.

De la garganta los estreptococos pueden penetrar ora las vías linfáticas (adenopatías), ora en el aparato pulmonar (broconeumonías) ó bien en la sangre provocando la séptico-piohemia (Lannelongue, Henoch, Dauriac y Lyonnet, Barbier, Hutinel, etc.).

Distínguese dos tipos de esta estreptodifteria: un tipo fulminante que mata en algunas horas; un tipo de evolución más lenta, en que las complicaciones propias del estreptococo tienen el tiempo de manifestarse.

Si bien nada sabemos del microbio de la *escarlatina*, parece demostrado que todas las complicaciones son debidas á infecciones secundarias, y especialmente al estreptococo, el cual ha sido encontrado poco ó mucho en todas partes. Excepcionalmente el neumococo y el estafilococo han sido observados por Antony.

Desde el punto de vista clínico, podemos distinguir, de una parte, las infecciones de invasión general, que parecen excepcionales; de otra parte, las formas de manifestaciones predominantes hacia un órgano (reumatismo, meningitis cerebroespinal, nefritis, manifestaciones cutáneas).

En la *viruela* es casi siempre el estreptococo que, penetrando por las mucosas y por la vía sanguínea, determina la piohemia y la septicemia (Le Dantec). El estreptococo puede localizarse más especialmente en las serosas (Lyonnet), en el aparato cardio-vascular (Long, Balzer) en los huesos (Neve), en la piel.

Por lo que respecta al *cólera*, es un estudio que queda por hacer, dejando aparte la observación de Roger, en que este autor aisló un bacilo que designó con el nombre de bacilus septicus putridus.

En la *coqueluche*, la infección secundaria puede asimismo manifestarse. Se han observado el sarampión, la difteria, la bronconeumonía, de estafilococos, de neumococos igualmente.

Cuanto á la *varicela*, han sido referidos, sin pruebas bacteriológicas en apoyo, hechos de gangrena, de poliatritis simple ó purulenta, de nefritis. Hulot ha señalado en un niño de veintisiete meses un caso de varicela con infección secundaria estafilocóccica manifestándose por abscesos dérmicos y subdérmicos. Roger ha publicado un caso de muerte por piohemia estafilocóccica, y una observación de septicemia de estreptococos seguida igualmente de muerte.

En el *sarampión*, la generalización parece nacer sobre todo de una bronconeumonía; la aglomeración hospitalaria favorece esas bronconeumonías debidas ora al neumococo (Queissner), ora al estreptococo (Morel, Mosny, Garnieri) al estafilococo dorado ó al neumo bacilo de Friedlander (Mosny). Del pulmón, la infección puede propagarse á la pleura, al pericardio (Roger), ó bien dar lugar á una infección general del tipo piohémico.

Pueden observarse igualmente eritemas infecciosos secundarios debidos á los estreptococos, gangrenas bucales y genitales debidas á los piógenos ordinarios.

Las infecciones secundarias son bastantes frecuentes en el *tifus*; en ciertos casos, tratándose de infecciones locales originadas por los agentes que normalmente habitan las cavidades buco-faringeas y que se han vuelto más virulentos; pertenecen á este orden las otitis medias supuradas, la parotiditis supurada, la bronconeumonía, la laringitis, las gangrenas, etc.

He podido observar dos veces distintas una piohemia generalizada de estafilococos, favorecida probablemente por la permanencia de los enfermos en unos pabellones no desinfectados.

En su tesis, Etienne refiere un caso de *parotitis* seguido de septicemia estreptocóccica. Es probable que muchas complicaciones de la infección parotídica dimanan igualmente de infecciones secundarias cuyo estudio bacteriológico está por hacerse todavía.

Las infecciones secundarias en la *grippe* pueden presentarse asimismo bajo dos forma: generalizada septicémica ó piohémica (Burlureaux, Verneuil, Etienne); forma localizada, comprendiendo ante todo la bronconeumonía debida las más de las veces al neumococo ó al estreptococo, la pleuresía, las otitis supuradas con extensión á las meninges (Teissier), las artritis (Poncet, von Leyden, Eichhorst), las flebitis (Burlereaux, Bourcy), la endarteritis (Spillman, etc., etc.).

Verneuil, Jeannel, Poncet Demons han insistido sobre las relaciones de las infecciones secundarias gripales, sobre los traumatismos accidentales ó quirúrgicos.

La *blenorragia* puede abrir la puerta á otras infecciones, á las cuales Bumm atribuye especialmente la cistitis, la salpingitis, la perimetritis y las parametritis. Las artritis pueden dimanar del estafilococo (Benecke,, Spillmann); han sido señaladas igualmente endocarditis de estreptococos (Weichselbaum), la meningitis cerebroespinal supurada (Furbringer) provocada por el neumococo, y por último la flebitis.

En ciertos casos, se observa la asociación de elementos micróbicos no específicos, tales como el neumococo y el estafilococo, dando lugar á infecciones asociadas sin carácter especial.

Síntesis clínica de las asociaciones micróbicas.—Desde el punto de vista clínico podemos dividir las infecciones por asociaciones micróbicas en dos clases: a) *forma septicémica;* b) *forma piohémica.*

La forma septicémica puede presentar varios tipos clínicos: un tipo puro de infección general sin localización aparente, un tipo de localizaciones vasculares, un tipo hemorrágico, un tipo eritematoso.

La forma piohémica está caracterizada por las supuraciones múltiples perfectamente conocidas de la piel, de los huesos, de las articulaciones, de las serosas y de las vísceras.

En resumen, toda enfermedad fundamental puede ser alterada por la aparición de uno de los tipos clínicos precedentemente descritos, tipos que pueden engendrar los microorganismos ya indicados. Todos estos elementos micróbicos intervienen en su calidad de agentes vulgares de infección, perdiendo la especificidad que les caracteriza en casos determinados, favoreciendo la vitalidad y la virulencia del agente de la infección fundamental.

Querer describir en el estado actual de nuestros conocimientos, tipos clínicos, especialmente basándose exclusivamente en el agente patógeno, es rebasar los límites de la observación clínica.

Para terminar, algunas palabras sobre el tratamiento. No tenemos por qué hablar aquí del tratamiento sintomático de los accidentes provocados por estas asociaciones micróbicas: es el de las infecciones graves, sin hablar de lo que puede darnos en el porvenir la seroterapia combinada. Pero el deber del higienista y del médico estriba sobre todo en evitar el desarrollo de esas infecciones secundarias: la desinfección de los locales, el aislamiento, la antisepsia, hallarán á este resrespecto sus indicaciones respectivas.

SCHUCHARDT. — *Regeneración del estómago después de la resección total de este órgano*. (XXVII Congreso Alemán de Cirugía).

Conviene distinguir dos formas de cáncer del estómago, en las cuales los caracteres clínicos son esencialmente diferentes. En la primera, que es la más frecuente, el tumor se ulcera pronto y contrae con bastante rapidez adherencias con los órganos contiguos. En la segunda forma, trátase de una infiltración cancerosa difusa de una gran parte del

órgano, sin ulceración notable y sin adherencias; el estómago entero constituye una masa oblonga dura y más pequeña que de ordinario. En general, los ganglios no están afectados pero se nota á menudo ascitis. Existe, finalmente, una tercera variedad de carcinoma gástrico, cuya sintomatología es más ó menos análoga á la de la segunda forma, á saber, el cáncer aislado, en forma de hongo.

Los cánceres de la primera categoría son con frecuencia difíciles de operar, aun cuando sean pequeños, al paso que la extirpación de los cánceres difusos es relativamente fácil; dada la movilidad del órgano. S. ha tenido ocasión de intervenir en un caso de este género, hace tres años, habiéndose visto obligado á resecar el estómago en su casi totalidad; no quedaba, en efecto, más que una pequeñísima parte de cardias, que consiguió reunir fácilmente con el duodeno. Añadiré que la serosa parietal era el centro de pequeñas infiltraciones de aspecto absolutamente canceroso. El enfermo después de haber estado bien de salud durante más de dos años, fué atacado de una pleuresía de carácter manifiestamente cancerosa y falleció en el mes de Septiembre último. Observóse en la autopsia la desaparición de los pequeños focos neoplásicos del peritoneo, en tanto que existían metástasis circunscriptas á nivel de la pleura. Cuanto al estómago, estaba indemne de recidiva, y su capacidad había alcanzado casi el volumen normal. El examen histológico ha mostrado que esta notable dilatación se efectuó en gran parte á expensas de lo que quedaba del cardias y, en menos proporción á expensas del duodeno.

STEUDEL. —*Cirugía del estómago en la clínica de Heidelberg.* (XXVII Congreso Alemán de Cirugía).

S. presenta el cuadro completo de las operaciones practicadas por Czerni sobre el estómago hasta fin del año pasado. La mortalidad operatoria, que había sido de 45 %, durante el primer año, ha bajado á 16 % en 1897, presentando un promedio total de 29 %. Se nota un aumento del número de las operaciones practicadas para estrecheces no cancerosas, lo cual acrecienta sobre toda la proporción

de las gastroenterostomias, puesto que se ha abandonado desde 1896 la piloroplastia. Las laparotomías exploradoras se han vuelto menos frecuentes, en razón á que hemos ensanchado las indicaciones operatorias en general, especialmente en lo que concierne á las gastroenterostomía. Por lo que respecta á las 8 últimas resecciones del píloro, se ha seguido 4 veces el método de Kocher, y en las otras 4 intervenciones se ha practicado la resección del píloro seguido de la gastroenterostomía. El método de Kocher es algo más difícil, pero parece que asegura unas consecuencias operatorias más fáciles. En 3 casos se tenía la intención de practicar primeramente la gastroenterostomía, para completarla más tarde con la extirpación del neoplasma; pero en las tres veces la intervención había mejorado de tal manera el estado de los enfermos, que ninguno de ellos quiso someterse á una segunda operación.

Como resultados definitivos, se cuenta 1 caso curado desde hace siete años y medio y otro caso desde dos años y medio. Un sujeto atacado de estrechez no cancerosa fué operado hace quince años, y en la estadística figura igualmente un sarcoma del estómago cuya curación se ha mantenido sin recidiva desde hace ocho años.

Por lo que respecta á la piloroplastía, sobre 9 enfermos sólo ha habido 2 que han quedado definitivamente curados. En esos casos la causa de la estrechez era independiente del mismo píloro. Cuanto á 2 de los otros 7 casos, ha sido necesario practicar más tarde la gastroenterostomía.

Esta última operación es ejecutada exclusivamente con ayuda del botón de Murphy, que nos presta cada día nuevos y más importantes servicios, y gracias al cual la mortalidad de la gastroenterostomía ha bajado 12 %. Desde hace algún tiempo, ese botón no causa ya ningún inconveniente grave, debiendo añadir que jamás tampoco se queda en el estómago. La regurgitación del contenido intestinal en el estómago no ha sido observada sino muy excepcionalmente.

En ciertos casos en que se había sentado, en el curso de la operación, el diagnóstico de cáncer, hemos registrado, después de la gastroenterostomía, una sobrevivencia de dos á cinco años y medio. Estas observaciones permiten suponer que el crecimiento de los tumores malignos sufre una cierta suspensión por el hecho mismo de la laparotomía. Convendría, por lo demás, para precisar el diagnóstico, que se practicara

siempre la escisión de un pequeño fragmento del tumor ó de una de sus metástasis.

Las estrecheces no cancerosas suministran casi sinescepción excelentes resultados. Los alimentos atraviesan el estómago más rápidamente que en estado normal, y la acidez se halla grandemente disminuída. En ciertos casos, el ácido clorhídrico libre falta por completo.

DOYEN.- *Un nuevo método de resección del píloro y del intestino.* (XXVII Congreso Alemán de Cirugía).

D. expone su nuevo método de resección del intestino y del píloro y su nuevo procedimiento de gastroenterostomía, que presentan la doble ventaja de asegurar una asepsia completa del campo operatorio y de disminuir considerablemente la duración de la intervención.

Para la resección del píloro, D. viene siguiendo en todas sus operaciones, desde 1892, el principio establecido por Billroth para el tratamiento de los casos avanzados de cáncer del estómago.

Empieza por aislar el neoplasma y asegurar la hemostasis de las pequeñas arterias que podrían sangrar en el curso de la operación. Aplica entonces su pinza de palanca sobre el duodeno, lo más lejos posible del tumor, y aplasta lentamente y con prudencia la pared intestinal, pero sin dividirla enteramente; el aplastamiento no alcanza, en efecto, más que la mucosa y la musculosa, sin destruir la serosa. Hecho esto, coloca una ligadura á nivel del surco producido por la pinza de palanca. Una pinza ordinaria es colocada sobre el lado duodenal, del tumor, á 15 milímetros próximamente de la primera ligadura. Dividido el duodeno entre esta pinza y la ligadura, extirpa los restos de mucosa con ayuda de tijeras, cauteriza el muñón con el termocauterio, y asegura la oclusión definitiva por medio de una doble sutura en bolsa. Coloca luego fuertes pinzas en el lado estomacal del tumor, y 2 pinzas elásticas á 3 centímetros de distancia sobre la pared del estómago. Aplasta esta última entre las dos pinzas como hizo antes con el duodeno, y coloca de nuevo una ligadura de surco producido por la pinza de palanca, después

de lo cual aprieta la ligadura lentamente, retirando al mismo tiempo las cuatro pinzas. Vuelve á colocar entonces las pinzas del lado del tumor, y secciona la pared del estómago entre estas pinzas y la ligadura, procediendo, para la oclusión completa, como ya ha descrito respecto del duodeno. Hecho esto, practica la gastroenterostomía posterior, que se ejecuta de una manera absolutamente aséptica, gracias al empleo de las pinzas elásticas. Por último, hace enteroanastomosis para asegurar la circulación de la bilis.

El mejor procedimiento de gastroenterostomía, desde el punto de vista de las funciones del nuevo píloro. es sin disputa la gastroenterostomía en Y, como ha sido aconsejada por Roux y tal como D. la practica en la actualidad, con la modificación siguiente: hace una gastroenterostomía posterior á 3 centímetros por debajo del ligamento de Treitz, luego establece una enteroanastomosis entre las dos asas del yeyuno, y secciona el asa ascendente entre dos ligaduras en masa, aplicadas como la del duodeno. El resultado de esta técnica es una gastroenterostomía en Y, con aplicación lateral del yeyuno sobre el estómago y de la parte superior del yeyuno sobre la parte inferior.

D. ha practicado 148 laparotomías por diversas afecciones gástricas y ha perdido 32 enfermos. En 66 casos tratábase de cáncer: 20 operados muertos; 82 operaciones se refieren á afecciones no cancerosas y han dado 12 defunciones. Las 57 últimas operaciones no han dado más que 5 muertes.

Ejecuta la resección del estómago, haciendo ora una aplicación lateral, ora una implantación lateral, ora en fin una sutura circular de extremo á extremo. En este último caso las ligaduras en masa del intestino son retiradas tan luego como ha establecido la sutura circular en dos planos sobre las tres cuartas partes de la circunferencia intestinal.

El procedimiento del aplastamiento y de la ligadura en masa consecutivas puede ser aplicado, además á la ablación del cáncer del recto, á la resección del apéndice, al seccionamiento del canal cístico y hasta en caso necesario á la resección de una estrechez circunscripta y accesible del esófago.

MIKULICZ. - *Sobre la técnica de la extirpación del cáncer estomacal.* (XXVII Congreso Alemán de Cirugia).

Los resultados remotos de la ablación del cáncer del estómago distan aún de ser satisfactorios; esto es debido primeramente á que las más de las veces el cirujano no ve á los enfermos hasta muy tardíamente, pues, muchos cánceres gástricos emplean mucho tiempo en manifestarse.

La propagación del cáncer afecta formas diferentes: unas veces se trata de recidivas desarrolladas en la pared misma del estómago, otras veces de una infiltración cancerosa de los ganglios linfáticos, en ocasiones de una diseminación del cáncer sobre el peritoneo, y otras veces en fin, de metástasis en los diversos órganos.

Las metástasis peritoneales son de un pronóstico desagradable, y sólo excepcionalmente, como en el enfermo de Schuchardt, puede observarse su desaparición espontánea.

La invasión de la mucosa estomacal por la neoplasia se produce de una manera variable según que se trata de la forma ulcerosa y circunscripta ó de la forma infiltrante y difusa.

Así tenemos que, si en la primera eventualidad basta extirpar la pared estomacal á una distancia de 2 á 3 centímetros del neoplasma, la segunda forma exige una ablación mucho más amplia, dado que esta variedad de cáncer se propaga por placas diseminadas. El caso operado por el Schlatter prueba, efectivamente, que se pueden practicar extirpaciones muy extensas.

Desde el punto de vista de la propagación de la neoplasia á las glándulas linfáticas, importa distinguir cuatro grupos de ganglios, de los cuales el primero se halla situado á nivel de la curvadura menor y se extiende sobre todo del lado del esófago; este grupo es el más importante, y debería de extirparse siempre lo más minuciosamente posible. Un segundo grupo se extiende por la curvadura mayor, principalmente del lado del píloro. El tercer grupo está alojado en el gran epiplón, entre el estómago y el cólon transverso; su ablación implica necesariamente la resección de esta porción del intestino, en todos los casos en que es necesario lesionar vasos importantes. Finalmente el cuarto grupo, cuya extirpación presenta dificultades particulares, está situado en la región del páncreas; en tal caso el cirujano puede producir fácilmente lesiones accidentales de los vasos, tales como la ligadura de la arteria esplénica, por ejemplo. En una ocasión M.

llegó hasta á ligar el canal coléduco sin darse cuenta de ello. Desde que practica una asepsia rigurosa no le asalta ya el temor de ver estallar la peritonitis, complicación facilitada en otro tiempo por las lesiones pancreáticas. M. hace notar de paso que el peligro de infección es mucho menos grande con el contenido intestinal que por las manos del operador En los casos de resección extensa, los métodos indicados por Billroth no son ya suficientes: de ahí que, después de la resección del neoplasma y de la oclusión del duodeno, hay que recurrir á la implantación del resto del estómago en una asa yeyunal, como ha hecho Schlatter y como M. mismo ha practicado hace un año con ayuda del botón de Murphy.

QUÉNU.—*Extirpación del cáncer del recto por la vía abdomino-perineal.* (Soc. de Cirugia de París).

Actualmente, cree que se debe abandonar por completo la vía sacra en la extirpación del recto. Cuando el cáncer no está alto, se empleará la vía perineal, la cual se puede emplear siempre que el cáncer no esté más allá de 8 centímetros del ano. Cuando el cáncer dista más del ano, es necesario seguir la vía abdómino-perineal y establecer un ano ilíaco definitivo. La técnica hoy día es bastante simple; pero es necesario hacer una antisepsia rectal absoluta, antes y después de la operación, y procurar la mayor economía posible de sangre. Para reducir al mínimum la pérdida sanguínea en individuos que ya están debilitados, se hace hemostasia preventiva, que se obtiene de un modo admirable por la ligadura de las arterias ilíacas externas. He aquí el manual operatorio completo: Incisión abdominal media, ligadura de las dos arterias ilíacas internas (estando el enfermo en posición inclinada), que se hace á un centímetro y medio con poca diferencia de la bifurcación de la ilíaca primitiva, y después se cierra la incisión peritoneal. Hecho esto, se libera el meso-sigmoide y el intestino hasta el meso-recto, se secciona el extremo superior del asa sigmoide ó de colon entre dos ligaduras y se cierra dicho extremo superior, se toma la parte libre del recto y se completa la liberación por el periné y se cierra entonces el vientre. Se coloca inmediatamente el enfermo en la posición de la talla y se hace la extirpación del recto por la línea perineal, después de cerrar el extremo inferior de la sección rectal. De este modo se obtienen los resultados que se desean: economía en la pérdida de sangre, y asepsia pre y post-operatoria. Así pueden extirparse 24 ó 30 centímetros de intestino, y á pesar de la gravedad del traumatismo, las consecuencias operatorias son muy buenas.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Septiembre 30 de 1898 Nº. 18

HOSPITAL DE CLÍNICAS

SERVICIO DEL DR. G. N. CHAVES

UN CASO DE SARCOMA DEL MEDIASTINO

por el **Sr. Carlos H. Diana**

Interno del servicio

P. G., italiano, curtidor, de 28 años de edad, soltero, se presenta el día 4 de julio del corriente año en el servicio del Dr. Chaves, acusando molestias de que nos informa la historia que sigue:

Hará como dos meses y medio, sintió un dolor poco intenso en la nuca, atribuyéndolo á su trabajo, que consiste en estirar cueros con un hierro pesado, siendo bastante fatigoso.

Quince días después notó una sensación dolorosa de constrición al nivel de la tetilla izquierda, como si una

mano le apretara el pecho, extendiéndose hacia el cuello, con impresión pronunciada de ahogo, y hacia el hipocondrio y hombro del mismo lado, aunque con menor intensidad: estas sensaciones se atenuaban al principio con el reposo, aumentando con el movimiento y la respiración: hoy son casi continuas.

Juntamente con lo descrito sintió fatiga y ligera tos sin expectoración.

En los últimos quince días ha observado un nuevo dolor, poco intenso, en el hipocondrio derecho, espontáneo y escaso á la presión.

Ha perdido el apetito, le fastidia sobre todo la carne que le parece no poder digerir, y siente además una dificultad mecánica á la ingestión de alimentos, como si hubiera un obstáculo al nivel de la parte superior del esternón.

Siente siempre frío y mucha sed. Los orines, antes claros, se han obscurecido mucho y disminuído de cantidad desde que apareció el dolor en el hipocondrio derecho. Es algo constipado. Ha enflaquecido un poco.

Antecedentes hereditarios: sin interés.

Antecedentes individuales: Ha sido siempre delicado de estómago, padeciendo de crisis de vómitos y cólicos. Es algo bebedor y bastante fumador. Tuvo un chancro, al parecer no específico.

Estado actual.—Decúbito lateral izquierdo constante: no puede soportar ni un momento el derecho. Regular estado de nutrición, palidez pronunciada. Disnea intensa (40 por minuto), tipo respiratorio de predominio abdominal y elevación torácica «en masa». Depresión inspiratoria de los espacios intercostales del lado derecho. Saliencia de la región cardíaca é hipocondrio izquierdo con inmovilidad respiratoria completa. Hay cianosis poco intensa de las orejas y nariz.

Temperatura 38°, con ligera variante, durante tres días: se hizo luego normal. Pulso frecuente, 140 por minuto, de poca tensión y desigual: el trazado esfigmográfico revela un katadicrotismo bien aparente.

El análisis de los orines, oscilando entre 700 á 1000 gramos diarios, es el siguiente:

Color, amarillo pálido; *aspecto*, muy turbio; *reacción*, ácida; *densidad*, 1026; *úrea*, 21.60 °/₀₀; *cloruros*, 6 1/2 °/₀₀; *fosfatos*, 5 °/₀₀; no hay *albúmina*, *pigmentos biliares*, *glucosa* ni *indicán*.

El examen de la sangre sólo revela un ligero aumento en los glóbulos blancos.

Corazón —A la palpación no se nota el choque de la punta.

A la auscultación se revelan en todos los focos los tonos débiles y lejanos, más claros en la parte izquierda del esternón.

Percusión: no se limita absolutamente por ser mate toda la parte izquierda del tórax.

Pulmón, por delante.—L. izquierdo: ausencia de vibraciones. L. derecho, ligero aumento.

Percusión: L. izquierdo, mate en toda su extensión. L. derecho, ligero aumento de sonoridad.

Auscultación: L. izquierdo, doble soplo, sin murmullo vesicular.

Por detrás.—L. izquierdo, vibraciones ligeras que desaparecen por completo al llegar á la extrema base. L. derecho, aumentadas.

Percusión: L. izquierdo, matitez. L. derecho, ligero aumento de sonoridad.

Auscultación: L. izquierdo, el mismo doble soplo que por delante, con broncoegofonia ligera. L. derecho, respiración pueril.

Con este examen se diagnostica, derrame abundante en la pleura izquierda y se procede á la toracentesis sobre la línea axilar, como operación de urgencia. Se extraen dos litros de un líquido *muy fuertemente hemorrágico* y poco fibrinoso.

Teniendo en cuenta este hecho y los fenómenos que parecen observarse en el pericardio, el Dr. Chaves dignostica *pleuro-pericarditis tuberculosa*, excluyendo las neoplasias, en que se pensó, entre otras razones, por la edad y estado del sujeto.

He aquí las observaciones de los días subsiguientes:

Julio 6.—Poco alivio con relación á ayer. Persiste

la dispnea y cianosis de nariz y orejas. Se ordenan 52 gotas (1 mil.) de solución alcohólica de digitalina de Mialhe.

Se notan las siguientes modificaciones en los signos físicos:

Pulmón izquierdo: Se percibe el murmullo vesicular juntamente con algunos rales subcrepitantes; la percusión se ha aclarado ligeramente. A la inspección, la misma inmovilidad respiratoria, pero casi desaparición del abovedamiento.

Pulmón derecho: Expiración soplante en el vértice.

La percusión del corazón sigue siendo absolutamente imposible.

Julio 8.—Pulmón izquierdo: sonoridad de tono elevado en la parte superior; doble soplo con resonancia cantaria elevada: idéntica resonancia de la deglución. No hay ruido de bronce á la percusión metálica.

Se modifica el diagnóstico anterior de este modo: *Hemopneumotórax tuberculoso izquierdo.*

El pulso no ha variado absolutamente.

Julio 12.—Se ordenan 52 gotas de digitalina é inyecciones de cafeina y morfina (0,02 gr. de la última y 0,60 de la primera.)

Julio 13.—Se extraen nuevamente 1200 gr. de líquido hemorrágico, sin obtener ningún alivio.

Julio 18.—El estado general sigue empeorando: hay ligera ictericia (congestión pasiva de hígado) y edemas de la cara y miembro superior. Cianosis asfíxica. Se practica una tercera toracentesis y se extraen 1300 gr. de líquido.

Se prescribe oxígeno y calmantes.

Julio 20.—El enfermo muere por asfixia gradual, á las 7,30 de la noche.

El protocolo de la autopsia, verificada al día siguiente, dice así:

Sarcoma del mediastino—Hemopneumotórax izquierdo—Atelectasia del pulmón izquierdo—Bronquitis y congestión del derecho—Sínfisis del corazón—Hígado moscado.

Sujeto joven: no hay rigidez cadavérica. Esqueleto bien desarrollado. Regular estado de nutrición. Manchas hipostáticas en el dorso.

Abierta la cavidad abdominal se ve al diafragma rechazado hacia abajo, remontando su parte culminante hasta el 9° espacio intercostal, pudiendo levantarse por la presión digital hasta el 7° espacio del lado izquierdo. En el derecho el diafragma está sensiblemente más elevado.

Abierto el tórax se encuentra en el mediastino anterior un tumor liso encapsulado por un tejido fibroso adherente, de forma ovoide, renitente; sus dimensiones son las siguientes: altura 22 cm.; ancho en la parte superior, 18 cm.; en la inferior, 20; espesor, 18. El tejido del tumor era rojizo con puntos amarillentos, friable y de superficie regular al corte. A su alrededor se ven ganglios aumentados de volumen, de forma irregular, rojos, blandos. Este tumor recubre por delante el corazón, comprimiendo sobre todo al pulmón derecho y bronquio correspondiente. Los órganos torácicos extraídos de la cavidad forman una masa compacta en la cual se comprenden los vasos del mediastino adheridos á la cápsula del neoplasma. En las cavidades pleurales se ve líquido sero-sanguinolento no muy abundante (800 gramos aproximadamente).

Pulmón izquierdo.—Pequeño, de forma aplanada, color rojo intenso, condensado; al corte, se apercibe el parénquima rojo, uniforme, sin aire; no sobrenada. El vértice forma una excavación recubierta por la pleura espesada á modo de capuchón, adherida y ulcerada comunicando con la cavidad pleural.

Pulmón derecho.—Rojo vivo, aereado, crepita á la presión y al corte. En la periferia se ve una superficie desigual en la que se dibujan los alveolos pulmonares distendidos, enfisematosos.

Al corte, parénquima rojo uniforme; á la presión los bronquios dan salida á un líquido muco purulento, adherente, aereado.

Corazón.—De forma globulosa, con espesamiento y adherencias intensas y totales de ambas hojas del peri-

cardio, separándose con dificultad y adheridas igualmente al tumor.

Hígado.—De tamaño normal, color rojo amarillento, liso, consistente, bordes redondeados. Al corte se ve el parénquima liso, algo congestionadas las venas y el tejido glandular de color amarillo con puntos rosados, mostrando el aspecto de un mosaico, por degeneración parenquimatosa y neoformación de tejido conjuntivo.

Esta historia, cuyo interés salta á la vista, puede pasarse muy bien sin comentarios, pues no los necesita; pero debo terminarla con algunas observaciones breves, que en cierto modo resumen y condensan las que pudieran hacer.

Helas aquí:

1ª Las dificultades del diagnóstico en los tumores del mediastino, especialmente cuando una complicación disfraza los síntomas.

2ª La tolerancia que puede tener esta región, adaptando la localización y el funcionamiento de los importantísimos órganos en ella contenidos á un espacio muy limitado. Puede verse en nuestra historia cuán escaso, relativamente al volumen del tumor, era el sindroma de mediastino del enfermo.

3ª Ella subministra una nueva confirmación á la observación de Marfan: los neoplasmas del mediastino se encuentran á menudo en sujetos jóvenes.

4ª La rapidez en la evolución ó por lo menos el largo período latente de la afección, que no da lugar á la caquexia y mata casi mecánicamente más que por intoxicación.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL BOCIO EXOFTÁLMICO

por el Prof. **T. H. Jonnesco** (de Bucarest)

COMUNICACIÓN HECHA AL XI CONGRESO FRANCÉS DE CIRUGÍA

Las intervenciones quirúrgicas, en el tratamiento del bocio exoftálmico, pueden dividirse en tres: las que se refieren al *cuerpo tiroides* mismo: la *tiroidectomía* parcial, la *estrumectomía*, y la *exotiropexia;* la que obra sobre las arterias tiroideas: *la ligadura de las arterias tiroideas*, y en fin, las operaciones practicadas sobre el *simpático cervical*. Para hacer una elección entre estas diversas operaciones, el cirujano debe conocer la eficacia y gravedad de cada una de ellas. Es lo que procuraremos demostrar en este trabajo.

(*a*) La *tiroidectomía parcial*, ha sido desde hace mucho tiempo frecuentemente practicada para poderla juzgar. Sin hablar de las estadísticas ya antiguas de Krönlein (1890), Vett (1892), Stierlin (1892), Freiberg (1893), Putman (1834), Buschau (1894), Mikulicz (1895), Heydenreich (1895), nos limitaremos á las dos más recientes, las de Tricomi y de Allen Star.

Tricomi ha reunido 98 casos de tiroidectomía, de los cuales 72 han sido tenidos en observación durante cierto tiempo. De estos 72 casos, indica: 13 muertos, 18 mejorías ligeras, 25 mejorías notables y 18 curaciones. Así, pues, 25 por 100 de curaciones y más de 17 por 100 de muertes más ó menos rápidas.

Allen Star ha podido reunir 190 casos, de los cuales: 74 curaciones completas, 45 mejorías, 3 faltas de éxito y 33 muertes rápidas. Hay, pues, 50 por 100 de éxitos y un 36 por 100 de muertes rápidas. Los recientes (1897) casos felices de Doyen (2 casos), y de Tuffier (2 casos), no cambian en nada esta estadística; porque se les puede oponer el caso reciente de Lejars, seguido de muerte rápida, y el de Quénu (1897), en el que la hemorragia abundante lo obligó á practicar la tiroidectomía total, que fué seguida de mixœdema. Se trata,

pues, de una operación no difícil, pero sí grave, por la mortalidad inmediata enorme, un quinto de los casos. Estas muertes súbitas, que sobrevienen inmediatamente, ó dos ó tres días después de la operación, reconocen por causa, ya una intoxicación tiroidea sobreaguda, acompañándose de elevación de temperatura, taquicardia (180 á 200 pulsaciones), hiperexcitabilidad nerviosa, agitación, angustia, sudores fríos, colapsus; ya una detención del corazón por tiramientos ejercidos sobre los nervios tiroideos cuya íntima relación con el nervio depresor y los nervios moderadores del corazón, acaba de ser demostrada por de Cyon. En suma, curación en la mitad de los casos, (!) muerte en un quinto; resultados nulos para el resto, tal es el balance de la tiroidectomía parcial.

La *estrumectomía ó la enucleación aislada* de Socin, parece dar mejores resultados. En efecto, la sola estadística á este respecto, la de Briner (1894), acusa sobre 61 enucleaciones intraglandulares: 50 curaciones ó mejorías, 4 muertes, de las cuales 2 operatorias, 2 tetanias y 6 faltas de éxito, ó sea 82 por 100 de buenos resultados, curación ó simple mejoría.

Cuanto á la *tiroidectomía total*, aunque Pean pretende haberla practicado sin inconvenientes, está ya hoy día bien juzgada para que sea necesario insistir demasiado en su gravedad.

(*b*) La *exotiropexia* de Poncet y Jaboulay ha dado á estos autores, los únicos que la han practicado, sobre 12 casos: 5 curaciones ó mejorías notables, de las cuales 4 demostradas al cabo de un año; una curación después de dos sesiones de exposición al aire; una curación después de la traqueotomía; una mejoría; una curación después de enucleación; una falta de éxito; 2 muertes por basedowismo agudo. Así, pues, la exotiropexia presenta una gravedad casi igual á la tiroidectomía parcial (cerca de 17 por 100 de mortalidad), una eficacia menor (41 por 100 de curaciones ó mejorías), y reincidencias frecuentes.

En resumen, las operacianes practicadas sobre el cuerpo tiroides tienen una gravedad incontestable. La muerte súbita sobreviniendo poco tiempo después de la operación, es inevitable, porque es debida, las más veces, á una intoxicación sobreaguda, producida por el paso á la circulación de secreciones tiroideas anormales, tanto más peligrosas para el corazón, cuanto que este órgano está más debilitado. Ni el

perfeccionamiento en la técnica, ni la más rigurosa asepsia, pueden evitar este peligro.

Cuanto á las curaciones, como lo hace observar y con razón, Möbius (1896), pertenecen casi en totalidad á los casos antiguos, es decir, á los bocios basedowificados ó basedowismo secundario (falso bocio exoftálmico), mientras que el basedowismo verdadero daría la mayoría de los casos desgraciados, ó de faltas de éxito. Traídas á su justo valor las intervenciones sobre el cuerpo tiroides, en el bocio exoftálmico, quedan y quedarán siempre una operación de excepción, dirigiéndose al bocio banal, con fenómenos mecánicos, simulando la enfermedad de Basedow, y aun en los casos solamente en los que los accidentes graves, debidos al bocio hundido, exijan una extirpación inmediata del tumor.

2º La *ligadura de las arterias tiroideas* propuesta por Mikulicz, Wölfler, Billroth, Trendelenburg y sobre todo por Kocher y Rydigier, ha dado en las manos de estos dos últimos muy buenos resultados. Kocher, por la ligadura en dos sesiones, y de tres arterias solamente, ha obtenido hasta 1895, sobre 34 casos, 31 curaciones ó mejorías y 3 muertes; lo que da una mortalidad de cerca de 9 por 100. Ridygier (1895), por la ligadura simultánea y en una sola sesión de las cuatro arterias, obtuvo 20 curaciones ó mejorías y 2 inéxitos. Nunca ha tenido accidente mortal, ni de mixœdema, ni tetanía. A pesar de la autoridad de estos cirujanos, la ligadura de las arterias tiroideas no ha tenido muchos partidarios.

3º Las *operaciones sobre el simpático cervical* son en número de tres: sección, resección parcial y resección total.

(*a*) La *sección* ó *simpaticotomía*, propuesta por Edmunds, ha sido practicada tres veces por Jaboulay (de Lyon), en Febrero, Marzo y Abril de 1896. A pesar de los satisfactorios resultados inmediatos, esta operación ha sido abandonada por su autor mismo, y con justicia, porque la regeneración del nervio es siempre posible.

(*b*) La *resección parcial* ó *simpatectomía parcial*.

El 17 de Agosto de 1896, practiqué, el primero, la resección parcial del simpático cervical en un basedowiano, quitando de los dos lados los *ganglios cervicales superior* y *medio* y el *cordón intermediario*, yendo hasta abajo del callao de la arteria tiroidea inferior, que desprendí del intrincado plexo nervioso simpático que lo encierra. El 2 de Septiembre de 1896, repetí la misma intervención en un segundo enfermo.

Los resultados inmediatos de estos dos casos, los he hecho conocer en el X Congreso francés de Cirugía en Octubre de 1896. Desde esta época, he propuesto la resección total y bilateral, como operación de elección. Posteriormente, mi manera de ver ha sido aceptada por un cierto número de cirujanos, y la resección parcial ha sido practicada ya cierto número de veces. Jaboulay el 19 de Enero de 1897, P. Reclus y Faure, el 22 de Junio de 1897, y Juvara el 11 de Julio de 1897, hacen la resección comprendiendo los dos primeros ganglios y el cordón intermediario, mientras que otros la limitan al ganglio superior y un segmento más ó menos extenso del cordón subyacente (Jaboulay, en estos últimos 5 casos; Quénu, 1 caso el 3 de Abril de 1897; Gérard-Marchand, 1 caso el 5 de Abril de 1897). Total: 12 resecciones parciales con 12 curaciones operatorias.

(*c*) La *resección total y bilateral, simpatectomía total*, comprendiendo los tres ganglios cervicales que yo había propuesto desde el principio, la he practicado el 13 de Julio de 1897, comunicando el resultado inmediato á la Academia de Medicina (el 28 de Julio del 97). Soulié (de Marsella), ha publicado el 10 de Septiembre un caso operado por él, el 17 de Abril de 1897 con buen resultado inmediato, pero con reincidencia ulterior. Por último, Faure acaba de practicarla de un lado solamente, con perfecto resultado.

Tales son las intervenciones practicadas sobre el simpático cervical en el tratamiento del bocio exoftálmico.

Como se ve, la sección simple ha sido abandonada por su mismo autor (Jaboulay) y las solas operaciones que han quedado, son las que yo he propuesto y practicado, el primero, á saber: las resecciones parciales ó totales de la cadena cervical.

El *manual operatorio* de la simpatectomía, lo he descrito *in extenso*, en otra parte, por lo mismo aquí no haré sino indicar los siete tiempos operatorios, y son: *incisión cutánea* á lo largo del borde posterior del externo-mastoideo, yendo del bordo posterior del apófisis mastoideo, hasta sobre la cara anterior de la clavícula; *desprendimiento del borde posterior del externo-mastoideo; busca y aislamiento del tronco simpático; desprendimiento, aislamiento y resección ó arrancamiento del ganglio cervical superior; liberación de la arteria tiroidea inferior del plexus simpático que lo encierra*; *desprendimiento y*

sección del ganglio cervical inferior y resección del nervio vertebral; sutura de la herida.

Las *consecuencias operatorias* son muy simples. Aparte de una congestión pasajera de la cara, un poco de lagrimeo y abundante secreción nasal, que aparecen inmediatamente después de la operación y desaparecen muy pronto, yo no he observado ningún fenómeno importante; ninguna perturbación trófica, ni precoz, ni tardía.

Los *resultados terapéuticos inmediatos*, son sorprendentes. En todos los casos se ha visto una mejoría muy rápida de todos los síntomas: la exoftalmía desaparece pronto, el mismo día de la intervención los ojos entran en la órbita, el párpado superior cae. Se puede dar cuenta de este fenómeno comparando los ojos de un epiléptico que haya sufrido la resección unilateral del simpático; las pupilas se estrechan y permanecen así.

La taquicardia disminuye también y el pulso cae algunas veces, aun abajo de la normal; pero muy comunmente se mantiene arriba durante cierto tiempo (80 ó 90 en lugar de 120 á 130), el bocio disminuye y con él los latidos de las gruesas arterias del cuello, así como también los latidos y el soplo del bocio, cuando existen; el temblor cesa. En fin, el estado general se modifica profunda y rápidamente, el insomnio desaparece, el estado nervioso se calma, la angustia precordial y la disnea cesan, así como los sudores profusos y las perturbaciones gastro-intestinales.

En suma, el enfermo vuelve rápidamente á un estado casi normal, y adquiere su facies ordinario. Salvo una sola observación (la de Quénu y Chauffard), en la que la mejoría inmediata ha sido poco acentuada y de corta duración, en todos los otros casos esta rápida y profunda mejoría, está indicada tal como la he observado en mis operados.

¿Los *resultados terapéuticos tardíos* son igualmente satisfactorios? Jaboulay dice haber observado en sus enfermos, aun en una fecha lejana: «la disminución de la exoftalmía, del bocio y de las palpitaciones; si uno de los tres síntomas cardinales ha parecido tener la tendencia á volver, he tenido, sin embargo, verdaderas curaciones; aun el estado general se beneficia de la influencia de esta operación.»

Mis colegas y amigos Gérard-Marchand y Faure, me han asegurado el buen estado actual de sus operados. La enferma de Juvara ha visto desaparecer todas las perturbaciones

nerviosas intensas que acusaba antes de la operación, y el bocio enorme ha disminuído notablemente; pero se trataba en este caso más bien de un falso bocio exoftálmico, porque la exoftalmía y la taquicardia faltaban, y el bocio era antiguo.

Mis tres operadas, de las cuales dos databan de catorce meses y la otra de tres, prueban, las dos primeras, sobre todo, la durabilidad de los excelentes resultados inmediatos. En efecto, mi primera enferma, operada el 17 de Agosto de 1896, no tiene ya la exoftalmía, el bocio ha desaparecido totalmente (la circunferencia del cuello antes de la operación, que era de 37 centímetros, es hoy de 33, no obstante que la enferma ha engrosado mucho), la taquicardia ha caído á 80-90 pulsaciones de 100-110; los latidos cardíacos, irregulares antes, son actualmente regulares, las pulsaciones de las carótidas no existen ya, el temblor ha desaparecido, el estado nervioso es perfecto, el facies normal. Se trata, pues, aquí de una verdadera curación después de 14 meses. Lo mismo ha sucedido con mi segunda operada del 2 de Septiembre de 1896, también se ha mantenido: desaparición completa de todas las perturbaciones locales y generales; la exoftalmía, el bocio, el estado nervioso, los sudores, el temblor, etc., no existen ya; solo el pulso se conserva á 80-90, en lugar de 110, antes de la operación, pero sin angustia precordial, sin ninguna molestia. Y aunque linfática, ha engordado y se declara, y lo está realmente, curada.

Mi tercera operada, más reciente, presentaba á un grado más elevado la triada de Basedow y las perturbaciones secundarias: exoftalmía enorme con el signo de de Graefe, el de Stellwag, y la oftalmoplegia externa de Ballet, más pronunciada de un lado (ojo derecho), dilatación permanente de las pupilas; bocio voluminoso (circunferencia del cuello á su nivel 38 1/2), pulsátil, con soplo y expansión; latidos y soplo en las carótidas; taquicardia muy pronunciada, 120 á 130 pulsaciones en reposo, corazón hipertrofiado; neuralgias, temblor pronunciado de la cabeza y de los miembros, secreción sudoral abundante sobre la cara y cuello, diarrea, nervosismo extremo, insomnio. Inmediatamente después de la operación (18 de Julio 1897, resección total), la exoftalmía ha desaparecido, así como los signos de de Graeffe de Stellwag y de Ballet, los latidos y el soplo de las carótidas han

cesado; después el estado nervioso se ha mejorado, y todos los otros síntomas han cesado poco después.

Hoy día, tres meses después de la operación, las perturbaciones oculares no existen, el bocio ha desaparecido (circunferencia del cuello 34), el corazón ha recobrado sus dimensiones normales, el pulso es de 80 á 85 (en lugar de 130), los latidos y el soplo en las carótidas no existen ya, el estado general es excelente. Es de presumir que en este caso, como en los dos anteriores, la curación actual, porque la curación existe, será también durable.

En suma, basándome en mis tres casos, de los cuales dos son antiguos (catorce meses), puedo afirmar que la simpatectomia da resultados durables, verdaderas curaciones, y esto en los casos de bocios exoftálmicos verdaderos y de los más graves, como mi tercera operada, en la que todos los síntomas habían llegado al máximum.

Las dos reincidencias de Quénu y de Soulié no pueden disminuir la importancia de estos hechos; porque Quénu no ha hecho sino una operación muy limitada (ganglio cervical superior), y el enfermo ha sucumbido muy pronto (dos meses después por un digitalismo agudo), para juzgar del resultado definitivo; cuanto á la enferma de Soulié, queda hasta hoy un caso aislado y no puede disminuir en nada los excelentes resultados que yo he obtenido.

Fisiología patológica.—Como se ve, el bocio exoftálmico verdadero ó falso, se modifica y aun cura por la resección del simpático cervical. ¿Cómo obra la operación? De los tres principales síntomas de la enfermedad, dos reconocen incontestablemente por causa, la excitación permanente del simpático cervical. La exoftalmia puede ser producida por la excitación experimental del nervio, las experiencias de Cl. Bernard lo han probado; la retracción del globo ocular, la disminución de la hendedura palpebral, la caída del párpado superior, se observan después de la resección del simpático; puede darse cuenta de este fenómeno, comparando los ojos de un epiléptico que haya sufrido la resección unilateral del simpático cervical.

Lo que explica la desaparición del exorbitismo después de la resección del simpático en los basedowianos, y esto es debido á la parálisis del músculo liso orbitario interno, y no á la contracción de los vasos retro-bulbares por la sección de

los nervios vaso.dilatadores contenidos en el simpático (!) (Rosenthal, Abadie).

Bajo la dependencia de la excitación permanente del simpático cervical, están también los otros signos oculares: dilatación pupilar, signo de de Graefe, signo de Stellwag, signo de Möbius, signo de Ballet, que desaparecen después de la resección del nervio, como en mi tercera operada. La desaparición de la taquicardia ó su disminución se explican fácilmente, siendo indiscutible el papel del simpático como nervio acelerador cardíaco y sistólico. Cuanto á la desaparición del bocio, parece más difícil de explicar. No puede hablarse de un modo serio de la acción vaso-dilatadora sobre los vasos del cuello y del cuerqo tiroides, producida por la excitación permanente del simpático cervical (Rosenthal Abadie), acción que desaparecería después de la resección del nervio, porque todas las experiencias fisiológicas, así las del inmortal Cl. Bernard, como las de Dastre y Morat, no han probado sino lo contrario. Creo más bien que se trata de la *supresión de los nervios excito-secretores* del cuerpo tiroides, cuya permanente excitación había tenido por resultado el aumento del órgano por hiperactividad de sus elementos glandulares é hipersecreción del jugo tiroides. Respecto á los síntomas accesorios: temblor, sensación de calor, hipersecreción sudoral, perturbaciones gastro-intestinales, hiperexcitabilidad nerviosa, podrían estar bajo la dependencia de una anemia cerebral permanente, debida á la constante excitación de los nervios vaso-constrictores del encéfalo contenidos en el simpático cervical; la resección de este nervio, produciendo una irrigación más abundante del encéfalo, hace desaparecer la anemia cerebral y con ella las perturbaciones que de ella dependen.

El simpático cervical parece tener bajo su dependencia el conjunto de perturbaciones de los basedowianos que desaparecen después de la resección del nervio; pero no es necesario para esto hacer del simpático mismo el *primum movens* de la afección. Bajo cualquiera forma que se presente, bocio quedando basedowiano (basedowismo secundario), ó basedowianos vueltos bociosos, el simpático sirve de *trait d'union*, de vía de transmisión entre el *primum movens* (bocio ó afección encefálica), y los órganos que son alterados secundariamente en su funcionamiento; ojos, corazón, y aún el cuerpo tiroides en los basedowianos vueltos bociosos. Así, pues, el

simpático puede ser excitado en la periferia, excitación mecánica ó química, por el bocio ó por la secreción tiroidea, ó sufrir una excitación central primitiva (en los basedowianos sin bocio), y cualquiera que sea el mecanismo de esta excitación, existiendo ésta, las perturbaciones se siguen; así, quitar el simpático cervical, es hacer cesar las manifestaciones de la enfermedad de Basedow. Esto explica por qué las intervenciones anodinas, simple sección del cordón, resecciones parsimoniosas limitadas al ganglio superior, no pueden ser suficientes y deben dar lugar á reincidencias de la enfermedad.

En efecto, por la resección total y bilateral (comprendiendo los tres ganglios), sola, se puede esperar destruir, si no todas, á lo menos el mayor número de las vías de transmisión ocular, cardíaca, tiroidea y encefálica. El detenimiento de los latidos cardíacos y la disminución de la asistolia cardíaca, no pueden, realmente, obtenerse sino por la resección del ganglio cervical inferior, de donde parten importantes y numerosos hilos aceleradores y sistólicos cardíacos de origen simpático. Además, para modificar de una manera tan completa como sea posible, la vaso-constricción de los vasos encefálicos y hacer desaparecer la anemia cerebral, es preciso dirigirse no sólo sobre el simpático pre-vertebral, de donde parten los hilos vaso-constrictores del territorio carotideo de las arterias encefálicas, sino también procurar quitar el simpático intra-vertebral, que enlaza la arteria vertebral y va con ella á inervar el territorio posterior ó vertebral de las arterias encefálicas. Es por esto que la operación ideal debe ser aquella que destruya el ganglio cervical inferior y el nervio vertebral que de él parte. Por otra parte, Jaboulay, á propósito de su primera intervención por simple sección del cordón simpático, expresaba el deseo de que se fuera más lejos, y destruir los filetes eferentes cardíacos del ganglio cervical inferior, para hacer cesar la taquicardia. ¿Por qué posteriormente ha abandonado esta manera de ver, tan conforme á la fisiología y á la anatomía misma (Fr. Franck)? yo no lo sé. ¿Es el temor de tocar este ganglio cervical inferior, difícil de extraer, el *noli me tangere* de los cirujanos, aunque yo lo haya quitado ya más de cincuenta veces, sin ningún peligro ni consecuencias ulteriores?

En suma, la resección total y bilateral comprendiendo toda la cadena simpática cervical, es y será la operación de elec-

ción cuando se trate de obrar sobre el simpático en el tratamiento de la enfermedad de Basedow; las resecciones parciales extensas pueden, como en mis dos primeros casos, dar muy buenos y durables resultados, pero es á la primera á la que es necesario recurrir, sobre todo, en los casos graves.

Para terminar, concluiré:

1º Las operaciones quirúrgicas que se dirijan al cuerpo tiroides, benignas en los casos de bocio simple, quedan muy graves en el bocio exoftálmico, siendo muy frecuente la muerte súbita. Además, estas operaciones no dan buenos resultados sino en los bocias antiguos basedowificados (falso bocio exoftálmico), mientras que su acción es nula ó mortífera en las verdaderas enfermedades de Basedow (Möbius.

2º Las operaciones practicadas sobre el simpático cervical, la sección simple, es y debe ser para siempre abandonada, como irracional é impotente. Las resecciones parciales que yo he propuesto y practicado el primero, pueden dar á condición que se extiendan á los dos primeros ganglios, curaciones durables.

La resección total y bilateral que he propuesto y ejecutado con éxito operatorio y terapéutico es la operación de elección.

3º La benignidad, la facilidad y eficacia de la resección del simpático cervical, en los casos más graves de bocio exoftálmico verdadero, comparados á la gravedad é ineficacia de las operaciones tiroideas en estos casos, hacen de la resección del simpático, una operación de elección que se debe siempre intentar, cualquiera que sea la forma del bocio exoftálmico; mientras que la tiroidectomía parcial queda una operación de necesidad, á la que no debe recurrirse sino cuando síntomas muy graves (bocio hundido) exijan una extirpación rápida del tumor.

REVISTA DE LA PRENSA

CHARRIN.—*Transmisión de toxinas del feto á la madre.* (Gazette des Hôpitaux, Nº. 96).

Se sabe con qué facilidad pasan numerosas substancias de la madre al feto al través de la placenta. Es sabido también que algunas veces diversos elementos siguen el camino inverso, dirigiéndose del plasma del feto á los tejidos maternales.

¿Pueden las toxinas efectuar este trayecto del feto á los tejidos maternales? La naturaleza de las toxinas, la estructura de las membranas animales, las posibles dificultades de la diálisis, etc. no autorizan á formular una respuesta A PRIORI.

He sometido el problema á la experimentación.

Experiencia I.—El 18 de Abril de 1898 se practica la laparotomía en una coneja preñada, en un período avanzado de la gestación. Se percibe claramente el número de los fetos y la situación de las diferentes placentas; de este modo es fácil inyectar á los conejitos, substancias microbianas sin herir estas placentas; se introduce así un centímetro cúbico de toxina diftérica, dosis repartida entre 4 fetos.

El 20, la coneja aborta; el 22, muere.

La autopsia permite constatar la ausencia de peritonitis, al mismo tiempo que una congestión intensa de las cápsulas suprarenales.

En siete experiencias análogas he obtenido cuatro veces resultados de esta clase; ó con otras palabras, cuatro veces la toxina ha franqueado la placenta y ha intoxicado la madre; dos veces la madre ha muerto de peritonitis; una ha sobrevivido sin haber sido vacunada.

He tentado realizar esta vacunación inyectando los productos solubles del bacilo de Löffler ó los del bacilo de Nicolaier en los tejidos del feto. Apesar del empleo de dosis mínimas, mezcladas con yodo, he fracasado siempre: los animales han muerto prontamente. Además, la frecuencia de los abortos se opone habitualmente á la repetición de estas inyecciones progresivas.

He pensado en vecer la dificultad utilizando una toxina que puede ser introducida de una vez en dosis más importantes sin producir graves inconvenientes.

Experiencia II.—El 4 de Mayo se practica asépticamente la laparotomía en una coneja preñada; se inyectan tres centímetros cúbicos de toxina piociánica, repartiendo esta dosis entre cinco fetos: la coneja sobrevive, pero aborta al cabo de cinco días; los hijos sólo viven algunas horas.

El 17 de Mayo se la inocula por vía vascular; se introduce en la vena marginal de la oreja una cultura activa de pus azul en la dosis de un centímetro cúbico; dos animales testigos son sometidos á una inoculación idéntica; el primero muere el 20; el segundo el 21; la hembra resiste hasta el 29 de Mayo.

Una experiencia semejante ha dado resultados comparables, aún más marcados en este sentido, que la coneja preparada ha vivido 23 días más que los animales testigos muertos en 57 y 72 horas.

Sobre 11 tentativas, sólo tres han dado resultados positivos, autorizando á pensar que es posible aumentar en proporciones variables la resistencia de una hembra preñada, introduciendo las toxinas inmunizantes en los tejidos de fetos dentro del útero.

Estas diversas experiencias demuestran, que virus ó más bien toxinas introducidas á fetos, sea directamente por la experimentación, sea por la célula del padre—posibilidad establecida por la historia de la sifilis—pueden ser transmitidas á la madre.

Cuando, en razón de las dificultades de la dialisis placentaria, la madre recibe dosis débiles ó simplemente una parte de las secreciones bacterianas, por ejemplo aquellas que hacen nacer el estado refractario, en lugar de accidentes posibles se manifestará este estado refractario sin perturbación mórbida aparente; son hechos de este orden los que han conducido á la ley de Colles, que enseña que un niño sifilítico no puede infestar á su madre.

Diferentes consideraciones se desprenden del examen de estos resultados bastantes sugestivos.

Las substancias microbianas que pasan del plasma del feto al de la madre, provocan en los dos organismos (si la supervivencia es suficiente, especialmente para los descendientes) el desarrollo de la inmunidad, ó dicho de otro modo, el desarrollo de atributos celulares especiales, tales como la fabricación de cuerpos bactericidas ó antitóxicos, actividades fagocitarias, etc. Por otro lado, la observación, en sifiliografía, por ejemplo, demuestra que estos descendientes pueden tener estas substancias micróbicas vaccinantes del padre que les ha trasmitido el virus formador de estas substancias: es decir, que en el padre, estas substancias vaccinantes han podido hacer aparecer estos atributos celulares especiales; fagocitosis enérgica ó producción de substancias nocivas para los agentes patógenos ó para sus toxinas.

En definitiva, este encadenamiento establece que la madre recibe por intermedio del feto elementos que imprimen á los tejidos maternales propiedades que estos elementos han hecho nacer en primer lugar en el padre, en segundo lugar en los descendientes; gracias á estos intermediarios intrauterinos estos tejidos maternales poseen caracteres idénticos á los que poseen estos mismos tejidos en el padre.

Pero á su vez la economía de la madre trasmite á los descendientes los atributos que posee; el padre puede desaparecer sin que se borren los caractéres que provenian de él.

Si se produce entonces una nueva fecundación debida á otro padre, el nuevo ser producido, podrá heredar, por casualidad, las cualidades que la madre tenia del primero. Así se explican quizá estas extravagancias de la herencia, designadas con el nombre de fenómenos de telegonía.

W. Menke. -*Cuerpo tiroides y mixedema.*

De los trabajos que se vienen publicando desde 1888 acerca del mixedema, se deduce que existe relación entre esta enfermedad y la atrofia del cuerpo tiroides, tanto porque en todos los casos de dicha afección se encontró esta glándula degenerada ó no existente, como porque el injerto de la misma, la inyección de su jugo, ó la administración de la glándula por la boca, hace desaparecer el padecimiento. Además de los síntomas ya conocidos de este último, hay que hacer mención de que, en la mayor parte de los casos, no se percibe el cuerpo tiroides por el tacto. Entre 150 enfermos examinados por M. sucedía esto en 117; en 8 estaba aumentado; en 9 tenía el tamaño normal; en 16 estaba reducido de volumen, aunque palpable. No hay que conceder ningún valor á la estadística que se funda en los datos apreciables por la exploración externa, porque en el cuello es muy frecuente que existan tumefacciones de otro origen. Tampoco tienen importancia los datos subjetivos. Por esta razón M. ha compulsado los datos de las autopsias de 31 casos en que se practicó el examen microscópico. En 28 casos existía una atrofia completa; en 2 la glándula era más pequeña que de costumbre, aunque el tejido glandular se conservaba normal; sólo en 1 caso estaba aumentada de tamaño la glándula y al mismo tiempo en degeneración parcial.

Todos los autores describen con unanimidad sorprendente, las lesiones que presenta el cuerpo tiroides en estos casos, confirmando lo que dice el informe de la Comisión de Londres, de 1888. Se encuentra empequeñecimiento, coloración blanco-amarillenta, tejido fibroso sustituyendo al glandular, etc. En cambio, en el mixedema no cabe dudar de que está interesado en el cuerpo tiroides; los resultados de las autopsias, concuerdan con los de la exploración externa, y debe considerarse como demostrado que en el mixedema existe atrofia del tejido glandular del cuerpo tiroides. Yo hasta llego á creer que sobrevienen iguales alteraciones en la estructura del cuerpo tiroides en otras circunstanciss, v. gr., en la degeneración senil (Wölfler). L. R. Müller encontró una degeneración muy graduada de la glándula, en una mujer de treinta y cuatro años, que había fallecido de peritonitis tuberculosa. El mismo autor vió muchas veces un aumento considerable del tejido conjuntivo esclerosado, con alteraciones notables en el protoplasma y restos de folículos

destruídos. Horsley también encontró una atrofia senil del cuerpo tiroides. Vermehren pretende que la debilidad senil es un mixedema crónico, resultado de la degeneración del cuerpo tiroides, y que el mixedema es una senilidad prematura. Ewald insiste también en el parecido que existe entre la senilidad y el mixedema. Sin embargo, hay una diferencia capital entre ambos estados: mientras en la senilidad, la alteración orgánica del tubo digestivo, hace que el estado sea incurable, en el mixedema se trata tan sólo de trastornos funcionales que alteran la digestión y la absorción. Para probar la relación causal entre el mixedema y la afección tiroidea, hay que investigar si hay casos en que no existe mixedema á pesar de la degeneración, falta ó atrofia del cuerpo tiroides. Ahora bien, en numerosos casos de tiroiditis que terminaron por curación, á pesar de las lesiones considerables que hubo de experimentar la glándula, no se da cuenta de ningún trastorno funcional de índole mixedematosa; lo mismo aconteció en los casos de tiroiditis gangrenosa, en que la substancia glandular se deshizo por completo, convirtiéndose en pus, así como en los de sarcoma inter-alveolar, de carcinoma, de sífilis, de tuberculosis y de equinococos del cuerpo tiroides. Mondret encontró que entre 131 enajenados, estaba atrofiado el cuerpo tiroides 32 veces, sin que hubiese indicio de mixedema.

Si examinamos la cuestión del mixedema que sobreviene después de la extirpación total del cuerpo tiroides, resulta lo siguiente: Según la recopilación de G. Naumann, entre 408 casos de extirpación total, quedaron bien de salud 309, sobrevino tetania en 26, mixedema en 69 y ambas alteraciones en 4. Falta en esta estadística, el dato de cuánto tiempo duró la observación después del acto quirúrgico. El informe de la Comisión inglesa, en 1888, da las siguientes cifras: De 293 extirpaciones totales, se prolongó la observación más de un año en 283 casos; de seis á doce meses en 6 casos, y menos de seis meses en 4 casos. De los 283 casos, quedaron sanos 189; sobrevino mixedema, ó se sospecha que haya sucedido esto, en 70 casos; se presentaron tetania y mixedema en 3; tetania y epilepsia en 2; tetania sólo en 1, y recidivó la afección en 18. Los 10 casos observados menos de un año, pueden considerarse como curados, porque es excepcional que la caquexia se inicie más tarde.

De los datos aducidos, se infiere que después de la extir-

pación del cuerpo tiroides, son muchísimos los sujetos que se conservan bien de salud. La objeción de que esto se explica por la persistencia de glándulas accesorias ó de porciones del cuerpo tiroides, y de que por lo tanto la extirpación había sido parcial, no puede sostenerse en vista del gran número de casos en que se ha observado la conservación de la salud, sobre todo si se tiene en cuenta que las recidivas sólo representan 1/10 de esta cifra y que en un 66'75 por 100 de casos, no se habló de ninguna hipertrofia de quistes tiroideos. Por consiguiente, hay que considerar como un hecho bien comprobado, el de que en un gran número de casos deja de presentarse el mixedema á pesar de haberse extirpado el cuerpo tiroides, y que, por lo tanto, la lesión de esta glándula no debe considerarse como causa del mixedema. En esta última afección, es notable la frecuencia con que se encuentra la degeneración de los capilares, la arteritis, la ateromatosis, y á veces la degeneración amiloidea. Si esta lesión vascular se considera como lo primario ó como consecuencia de un trastorno de la nutrición, se explicarían sin gran violencia la mayor parte de los síntomas mixedematosos. A su juicio importa mucho, en las investigaciones futuras, dedicar más atención al examen del sistema vascular.

E. Ullmann.—*Influjo de la laparotomía en los ganglios carcinomatosos del mesenterio.* (Soc. Médica de Viena).

U. presenta á un hombre de setenta y nueve años, al que en 1887 había hecho la extirpación del recto, según el método de Kraske, y al que considera como curado definitivamente. A su entender, á la pregunta formulada por el Dr. Fraenkel, con respecto al caso publicado por Schuchardt en el Congreso de los Cirujanos alemanes, de si acaso la laparotomía obra sobre los ganglios mesentéricos infiltrados por carcinoma de una manera parecida como sobre la peritonitis tuberculosa, debe contestarse negativamente. El fenómeno de la desaparición de los ganglios infartados tiene otra explicación, pues hace dos años Ullmann extirpó un ciego carcinomatoso y halló numerosos ganglios mesentéricos infiltrados, de los que sacó uno para la investigación microscópica, que demostró que se trataba de infiltración inflamatoria. En el caso de Schuchardt el ganglio investigado puede haber sido carcinomatoso, pero los demás que

luego se absorbieron deben haber estado simplemente inflamados.

BIELKA V. KARLTREU.—*Riñón doble situado en el lado izquierdo.* (Soc. Médica de Viena).

Presentando una preparación procedente del cadáver de una mujer de media edad, y en la cual se ven los dos riñones adheridos, dicen que constan pocos casos de esa anomalía, describiendo uno Morris y otro Broesike. En el primero, los dos riñones se hallaban en el lado izquierdo unidos de manera que el polo superior del uno se adhería al polo inferior del otro, con las pelvis dirigidas hacia las líneas medias. Morris calificó esta forma de *riñón simple.* En el otro caso la adherencia era igual, sólo que la pelvis del riñón inferior miraba hacia afuera, ostentando los lados convexos de los riñones en su conjunto la figura de la letra S, por lo cual Broesike llamó esta forma *riñón sigmoide.* Un riñón doble derecho ha sido descrito por W. Gruber, de San Petersburgo, y otro se conserva en la colección anatómica de Marburgo. En la preparación presentada por el conferenciante, el riñón superior se halla colocado transversalmente, con la convexidad hacia arriba, y el hilo hacia abajo: el riñón inferior tiene la dirección normal vertical, pero el hilo se dirige hacia adelante; la adherencia de los dos riñones es tal, que resulta la figura de un hongo, representando el riñón superior la copa y el inferior el tallo, de modo que podría calificarse de *riñón fungiforme.* El riñón superior es más pequeño que el inferior; juntos se extienden desde la undécima vértebra torácica á la quinta lumbar. El sitio donde debería haber estado el riñón derecho no era ocupado por ningún otro tejido ni órgano, hallándose en su puesto normal el estómago, los intestinos, el páncreas y el bazo. Las cápsulas supra-renales se veian por ambos lados, presentando la derecha el triple volumen de la izquierda.

La vascularización renal presenta las siguientes particularidades, además de la anomalía de partir la arteria mesentérica inferior á la distancia de 4 1/2 centímetros de la bifurcación de la aorta, es decir, 3 cm más arriba del arranque normal. Hacia la derecha, la aorta no despide más que la arteria supra-renal, mientras que á la izquierda sale al mismo nivel la supra-renal muy delgada, dividiéndose luego en tres ramitos, que van á la cápsula izquierda; inmediatamente de-

bajo sale, como rama más gruesa de la aorta, la arteria renal superior, que se divide en dos ramos, de los que el superior da una arteria muy delgada que va á la cápsula izquierda, y luego se divide en tres, que penetran en el hilio del riñón superior; el inferior se divide en cinco ramificaciones, de las cuales dos van al riñón superior y tres al inferior. Del extremo inferior de la aorta salen, á la distancia de 1 cm una de otra, tres arterias renales inferiores, que todas se insertan en el riñón inferior. En cuanto á las venas, dos parten del hilo del riñón inferior juntándose para formar la vena renal inferior izquierda, que se une con la superior formada por cuatro ramos, que parten del hilio del riñón superior, y por una gruesa vena lumbar, en que desemboca la supra-renal izquierda. La vena renal común pasa luego sobre la aorta por debajo de la arteria mesentérica superior y va á desembocar en la vena cava inferior.

Los uréteres se insertan en la vejiga en los sitios normales, siendo el que procede del riñón superior más grueso que el del inferior.

Medicamentos incompatibles con la antipirina. —(*Medecine Moderne*).—1º No debe administrarse la antipirina á la vez que substancias que contienen ácido nítrico, por ejemplo, el nitrito de amilo, el éter nitroso, porque puede formarse de iso-nitroso-antipirina de color verde. Algunos autores consideran este cuerpo como no tóxico, pero otros pretenden que la acción del ácido nítrico sobre la antipirina, puede producir como subproducto, pequeñas cantidades de ácido prúsico; 2º La antipirina forma con los calomelanos una combinación mercurial orgánica muy tóxica; 3º La antipirina y el ácido fénico forman en disoluciones débiles un precipitado doble; es imposible, por lo tanto, prescribirlas juntas; 4º Cuando se mezcla en un mortero polvos de antipirina y de salicilato de sosa, se forma al poco tiempo una masa viscosa. En disolución no obran al parecer sino sobre otra; 5º La antipirina y el hidrato de cloral forman en el mortero un líquido de naturaleza oleosa que carece de las reacciones de estos cuerpos componentes; 6º Con el beta-naftol forma la antipirina una mezcla húmeda; 7º El ácido tánico precipita la antipirina de sus disoluciones y forma un tanato; 8º La antipirina aumenta la solubilidad de la quinina y de las sales de quinina en el agua.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Octubre 15 de 1898 Nº. 19

TUMOR DIVERTICULAR DEL OMBLIGO

Servicio del doctor **ALEJANDRO POSADAS**
Patronato de la infancia

He visto en estos últimos días un tumor del ombligo, igual á los que han sido objeto de mi tesis inaugural, que no trepido en describirlo por la particularidad que presentaba: una hemorragia persistente.

Reviste á mi juicio importancia, no sólo por el hecho de no haberlo visto hasta ahora descrito, sino también por las condiciones del portador de esta neoformación.

Todos los clásicos que he consultado para escribir mi tesis, están contestes en asignarles á estos tumores la particularidad de sangrar con facilidad, por el más mínimo frote ó por la más pequeña mortificación. Pero aquí no se trata de esta particularidad que yo también siempre he observado; tendríamos entonces el caso común. Es este tumor el causante de una hemorragia continuada, con caracteres alarmantes por su forma insidiosa. Agreguemos á esto la edad y estado de nutrición del niño y fácil nos será darnos cuenta del carácter grave de la afección.

Fuera de esto, nada de particular puedo agregar, como veremos más adelante.

El 28 de Septiembre del presente año, es llevado al Patronato un niño de once días, acusando, según los padres, una hemorragia del ombligo que data de la noche anterior.

Nuestro sujeto es poco desarrollado, se encuentra en

mal estado de nutrición, sus gritos son débiles y su piel indica una anemia por hemorragia. A primera vista, presenta el aspecto de un atrépsico.

Hasta el momento de la hemorragia, el niño no ha presentado nada digno de mencionarse, excepto el estado de miseria fisiológica de que ya he hablado.

La ligadura y caída del cordón se ha efectuado en sitio y tiempo normal, sin haber dado lugar á ningún accidente.

Sus funciones digestivas igualmente buenas.

Los padres dicen que siempre han sido sanos. Dos hijos más, que tienen, son fuertes y robustos.

No encontramos, pues, ningún defecto que nos pueda hacer pensar en la hemofilia.

La hemorragia se ha presentado de por sí el día 27 por la noche, día anterior, bajo la forma de pequeñas gotitas que fluyen de entre los pliegues umbilicales, manchando las ropas y siendo rebelde á los esfuerzos hechos por los padres para cohibirla.

Esto tiene lugar á las diez de la noche, por lo que deciden ponerle algodón, fajarlo y esperar al día siguiente.

Por la mañana al volverlo á examinar, los padres ven que continúa la sangre, decidiéndose entonces, á llevarlo á la Asistencia Pública, donde se le pone una curación salolada, algo compresiva.

La hemorragia persiste á la tarde, cuando es llevado al Patronato; la curación se encuentra bañada en sangre.

Descubierta la región una vez limpia, vemos nuevamente fluir lentamente, gota á gota, sangre de entre los repliegues. Aquí todavía no hay el eczema clásico, debido á la secreción de estos tumores. Entreabriendo el ombligo se ve en el fondo un tumor de un rojo vivo, húmedo, de superficie desigual, blando y que da sangre por todas sus caras.

El diagnóstico estaba hecho: se trataba de un tumor diverticular de los que Kustner llama *adenomas*, Virchow *granulomas*, etc., y que yo, en mi tesis inaugural, pido se le clasifique, con el nombre propuesto por Tillaux: tumores diverticulares del ombligo.

No trepido en hacerle tocar el tumor con el termocauterio al rojo oscuro, no sólo con el objeto de destruirlo, sino también con el de efectuar la hemostasia.

Fácilmente se consigue detener la hemorragia, hecho lo cual esperamos algunos momentos por si ésta insiste. En vista del resultado satisfactorio, se le pone una curación iodoformada, — no había eczema, — grande, abarcando desde la tetilla hasta las ingles.

No creo necesaria ninguna medicación, en la creencia de que la hemorragia, si bien no despreciable, no era mortal y sin suponer, á más, que ésta se repitiera.

No sucede así, sin embargo, pues á la noche, el niño empieza á desfallecer, la temperatura baja y la muerte sobreviene bien pronto. Una segunda hemorragia era la causa.

Por los estudios anátomo-patológicos que he hecho de estos tumores, he podido constatar su riqueza en vasos. Si algunos, como digo en mi tesis, tienen gran cantidad de tejido conjuntivo y pocos vasos, es debido á que ciertos cuerpos extraños, medicamentosos, introducidos en el interior del tumor, producen por la irritación consiguiente, una proliferación del tejido conjuntivo embrionario, que termina, poco á poco, con los vasos.

En el caso que describo, se ha tratado, indudablemente, de un tumor sumamente vascular y que, dada su implantación en sitio tan sujeto á repetidos y frecuentes movimientos, la hemostasia no ha sido definitiva.

Debo recordar á más, que los vasos de estos tumores tienen paredes sumamente ténues, que indican los comienzos de una formación adventicia. Los de paredes más resistentes, tienen sólo algunas capas de células endoteliales rodeadas por delgadas fibras y aún encontramos vasos que no tienen pared propia, mostrándosenos tan sólo como espacios lagunarios intersticiales.

Creo, pues, que estos datos son suficientes para darse cuenta exacta de la facilidad con que sangran estas neoformaciones y del origen de la hemorragia, que en este caso ha producido la muerte.

Inoficioso me parece insistir en que, en casos similares debe recomendarse suma vigilancia y hacer pronóstico reservado, cuando haya habido una hemorragia seria y anterior.

N. MAGNANINI
Jefe de Clínica.

ESTUDIO EXPERIMENTAL

DE LA

ACCIÓN DEL CURARE SOBRE LOS MÚSCULOS ESTRIADOS

Por el Dr. **Mariano Alurralde**

Jefe de sección en el Laboratorio de Fisiología experimental de la Facultad

COMUNICACIÓN HECHA AL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

EN LA SESIÓN DEL 30 DE SEPTIEMBRE

Desde que Claudio Bernard nos legó un modelo de análisis fisiológico en sus profundos estudios sobre el curare, es un hecho admitido por casi todos los fisiologistas, que esta substancia obra sobre el sistema nervioso y especialmente sobre las placas motrices y las terminaciones nerviosas intramusculares.

Schiff, sin embargo, sostuvo que las extremidades nerviosas, sin médulas, no eran atacadas por el curare, fundándose en las investigaciones anatómicas de Funke, por las cuales pretende demostrar que los filetes motrices situados debajo del sarcolema, no están en contanto con la sangre de los capilares y escapan, por consiguiente, á la acción paralisante del curare.

En un primer período de su acción, como sabemos, los músculos pierden su elasticidad funcional, las incitaciones provocadas ó emanadas directamente de los centros, médula y cerebro, quedan sin efecto; en un segundo período la excitabilidad experimental ha desaparecido completamente.

Vulpian, por otra parte, fué el primero que emitió la idea, aunque no de una manera concluyente, que el curare ejercía una acción depresiva sobre la substancia muscular, de tal manera que la contractilidad del músculo curarizado y la del músculo intacto, no eran la misma cosa.

Rosenthal, Bezold, y más recientemente, Boudet de Pâris, admiten como un hecho la producción de un cierto grado de inexcitabilidad. Sus estudios comparativos con corrientes mínimas de excitación, lo probarían suficientemente, según ellos.

Pero Rochefontaine va más lejos, y en una comuni-

cación á la Sociedad de Biología, concluye que el curare tiene sobre la contracción muscular, una acción comparable á la veratrina; sería, en suma, un veneno de los músculos, y su acción paralizante se ejercería realmente sobre la substancia muscular independiente de todo fenómeno nervioso.

Yo, por mi parte, aunque sin autoridad, pero basándome en la experimentación, demostraría que lo que estos sostienen, me parecen no están en lo cierto y la ligera inexcitabilidad que se observa, á veces, en los músculos curarizados, requiere otra interpretación.

La contracción de los músculos puede ser determinada experimentalmente de una manera refleja, por la excitación de los nervios sensitivos, pero ella se distingue de los otros modos de contracción directa, por necesitar una dosis, dos ó tres veces más grande de excitante, que éste sea mecánico, químico y eléctrico.

En cambio, la contracción muscular directa, la provocada por excitación del nervio motor, ó neurodirecta y la determinada por la excitación de la raíz motriz ó radicodirecta, presentan de una manera general, salvo ligeras diferencias, en manera alguna fundamentales, los mismos caracteres en su forma y amplitud.

En la curva muscular, hay que distinguir un primer período que sigue á la excitación, durante el cual el músculo no da señales de reacción, cualquiera que sea el grado ó intensidad del excitante, es el período latente ó tiempo perdido del músculo.

Una segunda faz comprende el período de energía creciente, durante el cual el músculo se acorta y el máximum de acortamiento corresponde al máximum de elevación de la pluma del miógrafo y, por último, una faz durante la cual el músculo pasa del estado de actividad al estado de reposo, llamado también período de energía decreciente.

La duración de amplitud y la forma de la contracción, asícomo el período de excitación latente, se miden sobre ordenadas y por medio de ellas es posible conocer con exactitud la diferencia que existe entre dos ó más curvas musculares.

Cuando una corriente atraviesa un músculo, ella acciona no sólo sobre la fibra muscular, sino también sobre los

numerosos filetes nerviosos, de manera que cuando hay que estudiar la contracción muscular, propiamente dicha, es necesario paralizar las placas motrices por el curare.

Pero, como he dicho al principio, se objeta por Rochefontaine y otros, que en estas condiciones, la sacudida muscular de un músculo curarizado y la sacudida llamada impropiamente músculo directa del músculo intacto, no es lo mismo.

Además, según Beaunis, el tétano del músculo curarizado y el tétano músculo directo, no tienen la misma forma.

Ahora bien; después de este somero estudio sobre la contracción muscular, nos encontramos en condiciones de apreciar é interpretar los trazados que presento, de músculos normales, de músculos veratrinizados y curarizados y podremos darnos cuenta de que esta acción paralizante del curare, no existe.

No me detendré á describir la técnica experimental, pues ella es conocida por todos los que se ocupan de trabajos de esta índole.

En el gráfico (fig. I), están representados los sacudimientos obtenidos en un músculo, bajo la acción de la veratrina.

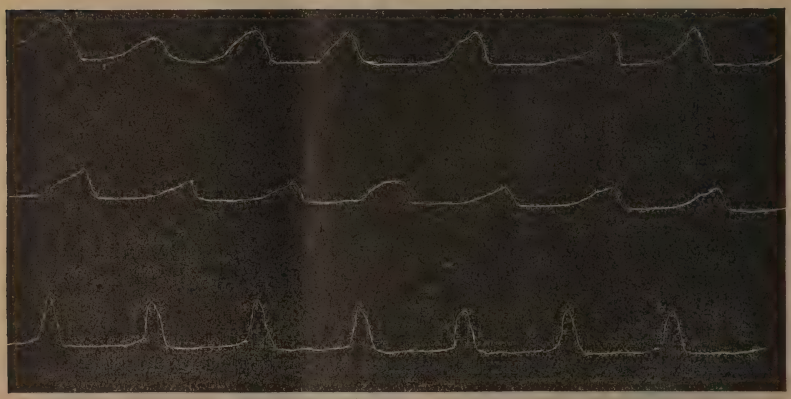


Fig. I. — **A** Sacudimientos obtenidos en un músculo veratrinizado por medio de un aparato de inducción. — **B** Los mismos, pero con una intensidad menor. — **C** Sacudidas normales en un músculo sano.

El cilindro de Marey, ejecuta una revolución completa en diez segundos; el diapasón cien vibraciones por segundo. Esta velocidad es la misma para todas las experiencias.

La línea de ascenso del músculo veratrinizado, la línea de descenso, su amplitud y la forma de la curva de inscripción nos dicen que se trata de una contracción paretica ó paralítica. Estas diferencias resaltan más, si se comparan con la curva de contracción del músculo normal.

En el gráfico (fig. II), observamos los sacudimientos de un músculo curarizado, con diferentes intensidades de corriente y si la comparamos con la del músculo intacto, veremos que no existe la pretendida acción paralizante de Rochefontaine.

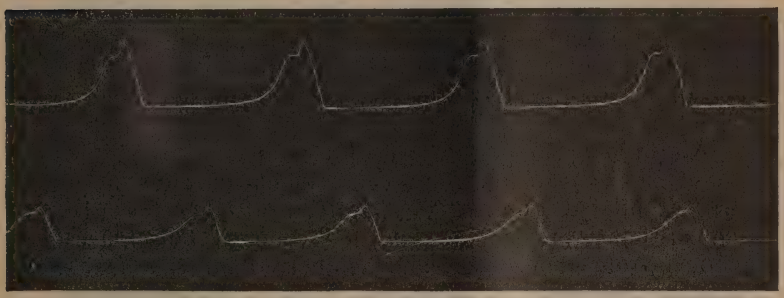


Fig. II. — Gráficos de la contracción galvano muscular de un músculo curarizado, con diferentes intensidades, — **A** y **B** Sacudidas.
La línea de descenso está interrumpida por el sacudimiento de ruptura, lo que hace aumentar la amplitud del trazado.

En efecto, la curva de contracción no se asemeja á la curva paralítica del músculo con veratrina. El tiempo perdido, el período de excitación creciente y decreciente, es el del músculo intacto, es decir, el del que está en comunicación con su nervio ó su centro trófico (fig. III).

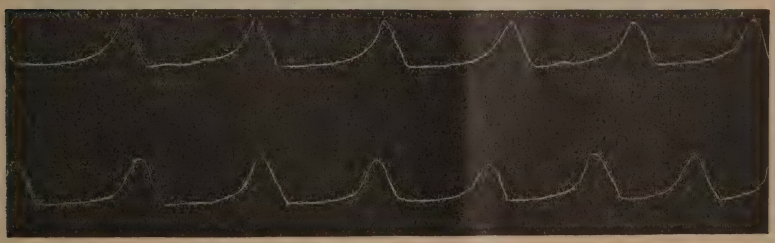


Fig. III. — Gráfico de la contracción galvano muscular en un músculo sano. — **A** y **B** Sacudida. No hay sacudida de ruptura y por lo tanto la línea de descenso es regular.

En ciertos casos, la sacudida muscular en los músculos curarizados, tiene un vértice más redondeado, lo que puede interpretarse diciendo, que el músculo está durante más tiempo en contracción. es decir, que su pasaje del estado de actividad al estado de reposo, se hace con menos rapidez (1). En esto concuerdan mis experiencias con las de Beaunis, pero nunca en este caso, la curva de contracción es una curva paralítica como la del músculo con veratrina.

En otra ocasión tuve el honor de hacer una comunicación sobre una modificación de la excitabilidad, que designaba con el nombre de electrotonus muscular y que estaba caracterizada por el aumento de la excitabilidad del lado del polo positivo, que aparecía en ciertas condiciones experimentales sobre las cuales no me extenderé ahora para no salirme fuera de la cuestión (2).

Un análisis fisiológico minucioso, me demostró que esta modificación se pasaba en la intimidad de la substancia muscular, independiente de todo fenómeno nervioso, puesto que ella se observaba en los músculos curarizados.

Ahora bien; yo preguntaría á Beaunis y á Rochefontaine, si el curare determina en los músculos una cierta inexcitabilidad y una acción paralizante, como este último sostiene, á semejanza de los venenos musculares; cómo es que en mis experiencias no sólo no existe, sino que al contrario, la corriente voltaica determina un aumento de la irritabilidad en el músculo curarizado, como en aquel que está en comunicación con su nervio ó su centro trófico.

Además, este aumento de la excitabilidad no se hace indiferentemente en cualquier punto, sino en la vecindad del polo positivo.

En una palabra, lo que nos llama la atención es la igualdad y la constancia de los fenómenos observados.

Yo no hago sino oponer estos hechos de observación, á los señalados por estos fisiologistas, pues he obtenido

---

(1) Ver los trazados VI y VII en «Anales del Círculo Médico Argentino», pág. 491, año 1896.

(2) Un nuevo estado electrotónico en los músculos. Comunicación hecha al Círculo Médico Argentino.

experimentalmente resultados diametralmente opuestos, resultados que me autorizan á sostener que el curare no ejerce una acción paralizante sobre la fibra muscular.

En efecto, todas las modalidades que presentan los músculos en su excitabilidad, la presentan también los músculos curarizados; luego podemos concluir, que si el curare hubiera producido la inexcitabilidad á un cierto grado en el músculo, la modificación de la excitabilidad ó electrotonus muscular, no hubiera aparecido bajo la influencia de los choques voltáicos; sin embargo, como vemos, ella se produce en todas sus partes.

Por otra parte, el músculo curarizado presenta una ligera diminución de la excitabilidad, pero de ella á la acción paralizante hay mucho trecho.

Esto podría explicarse á mi juicio, admitiendo con Flüger, que la contracción muscular es el resultado de la excitación del nervio y del músculo, excitaciones que se suman entre ellas; no tendría nada de extraño, pues, que la supresión de la excitación nerviosa y de su conductibilidad hasta el músculo, provoque una ligerísima disminución de la excitabilidad.

Los nervios tienen, en efecto, en virtud de sus propiedades electromotrices y de un estado molecular no bien conocido aún, una acción indispensable en los fenómenos de la contracción muscular.

Reasumiendo, podríamos llegar á las siguientes conclusiones:

1º Que el curare no ejerce una acción paralizante sobre la fibra muscular, como lo pretende Rochefontaine.

2º Que su acción se ejerce sobre las placas terminales motrices, como ya clásicamente lo estableció Claudio Bernard.

3º Si en ciertos casos se constata una ligera diminución de la excitabilidad, ella es imputable á la supresión del influjo nervioso y no como sostienen algunos fisiólogos, á una acción tóxica del curare sobre la substancia muscular.

SESIÓN CIENTÍFICA DEL C. M. A. DEL 30 DE SEPTIEMBRE

El Dr. Corbellini presenta un caso de artritis tuberculosa de la rodilla, curado por puntas profundas de fuego é inmovilización. El resultado ha sido muy satisfactorio, pero después de algunos meses se ha vuelto á producir un derrame en la articulación enferma. C. cree que desde el principio de la enfermedad debe tratarse de obtener la anquilosis en extensión; sólo así se obtendrá una curación completa y que permite al enfermo hacer uso útil de su pierna. En el caso presente hubo anquilosis en las primeras semanas después de sacar el vendaje de yeso, pero después se restableció poco á poco el movimiento en la articulación, aunque no completo. Este restablecimiento de la función ha sido perjudicial para el enfermo.

El Dr. Salvador participa de la opinión del Dr Corbellini.

El Dr. Aberastury presenta una mujer afectada de tuberculosis verrugosa en el dedo medio de la mano izquierda.

En el próximo número publicaremos en extenso las consideraciones del doctor Aberastury sobre este caso.

En seguida el mismo señor presenta un caso de sífilis grave en un hombre joven. No se pudo averiguar con exactitud si se trataba de sífilis hereditaria ó de sífilis adquirida. Durante largos años no se ha hecho ningún tratamiento, debido al aislamiento en que vivía el enfermo en las sierras de San Luis; más tarde tomó, por indicación de un curandero, ioduro de potasio que le hizo mucho bien. Debido á la falta de asistencia durante tanto tiempo, las lesiones han alcanzado un grado de extensión y multiplicidad que hoy día se ve pocas veces.

Un tercer enfermo presentado por el Dr. Aberastury está afectado de lepra, que no da más lesiones aparentes que una mancha extensa que cubre toda la región dorsal de la mano y una placa más pequeña en el antebrazo. Además, hay un engrosamiento marcado del nervio cubibital por encima del codo.

En seguida el Dr. Alurralde lee el trabajo que publicamos más arriba.

REVISTA DE LA PRENSA

P. Teissier.—*Del estado actual de la opoterapia.*—(Congreso francés de medicina).

La *sueroterapia* y la *órganoterapia* deben ser consideradas como dos procedimientos de una misma terapéutica naturista. Bouchard ha indicado las estrechas relaciones de ambos métodos, que piden prestado al organismo vivo los agentes medicamentosos destinados á solicitar y á sostener el esfuerzo de la antigua naturaleza medicatriz.

Numerosos son los ejemplos, que prueban que una órganoterapia instintiva ha formado parte de las creencias médicas populares en todas las épocas y bajo todas las latitudes. Si dejamos de lado las exageraciones de la ignorancia y del fanatismo, es indudable que, en Europa, durante bastante tiempo, los médicos que parecían más autorizados han participado de la creencia del vulgo en la eficacia de los jugos y de los parénquimas animales. Poco á poco, sin embargo, las preparaciones compuestas con los tejidos animales perdieron casi todo crédito y, no ha mucho todavía, el uso no conservaba ya como realmente eficaz más que una sola preparación orgánica: el aceite de hígado de bacalao. En el momento en que la órganoterapia estaba decaída, Brown-Séquard reanudaba su empleo, extendiendo las aplicaciones terapéuticas de esa *secreción interna*, que él no tardó en considerar como constituyendo una función general á todos los tejidos vivos.

No tenemos por qué hablar aquí de los orígenes verdaderamente científicos de la órganoterapia; debemos decir, sin embargo, algunas palabras acerca de las vías de introducción, de los resultados generales.

Para incorporar en la economía el principio activo de los órganos de secreción interna, existían al principio tres procedimientos entre los cuales podía hacerse la elección: el *injerto peritoneal* ó *subcutáneo*, la *inyección intravenosa* ó *hipodérmica de los extractos*, la *introducción en el tubo digestivo por ingestión alimenticia* (Howitz, 1892), modos de empleo utilizados sobre todo para la glándula tiroides.

El injerto, procedimiento no sin peligro, sobre todo para los órganos dotados de una gran actividad fisiológica, apenas si fué utilizado al principio más que desde el punto de vista experimental. Cristiani, Pantaleone, para el cuerpo tiroides, han mostrado que experimentalmente podía obtenerse un

verdadero injerto glandular durando tanto como la vida normal del animal.

A juicio de Horsley, este resultado podría ser esperado en el hombre si antes de ensayar el injerto se tuviese el cuidado de demixedemizar al enfermo; pero semejantes tentativas no se han hecho todavía hasta ahora. Y si bien es verdad que en razón á los buenos resultados obtenidos por ciertos experimentadores (Gibson, Bircher) se puede esperar en el injerto tiroideo, en cambio parece que por lo que respecta á otros órganos - las cápsulas subrarrenales especialmente—ese injerto ofrece positivos peligros (Augagneur, Jaboulay).

A causa de la dificultad práctica de los injertos, se recurrió á las inyecciones, ora en una cavidad natural (recto, peritoneo), ora en las venas, ora en el tejido celular subcutáneo. La vía hipodérmica fué la escogida; se utilizaron extractos preparados de una manera especial, y los primeros éxitos (sobre todo en lo que concierne al cuerpo tiroides) hicieron extenderse rápidamente y generalizarse el uso de esos extractos. Pero el método ofrecía algunos inconvenientes, cuyos más importantes eran la toxicidad de esos extractos, su alterabilidad, la elección de los órganos, etc.

Entonces fué cuando se hizo ingerir los órganos, ora en estado natural (Howitz, Mackenzie y Fox), ora después de haber sufrido una preparación particular.

La sustitución de las inyecciones hipodérmicas por la ingestión alimenticia desarrolló de un modo notable la medicación tiroidea. Empezóse, pues, á practicar, con resultados variables, la opoterapia suprarenal, tímica, esplénica, medular, pancreática, ovárica, pulmonar, etc., medicaciones todas inspiradas por el deseo de aliviar y de curar, pero á propósito de las cuales el médico no debe perder de vista que si los órganos utilizados tienen propiedades antitóxicas y vivificantes, encierran asimismo substancias peligrosas.

Difícil nos es, en el momento actual, precisar el mecanismo de acción de los agentes opoterápicos; es esta una cuestión compleja, en la cual hay que tener en cuenta no solamente las nucleínas, sino las materias coagulantes directas ó indirectas, los fermentos oxidantes, saponificantes, contenidos en los órganos, y cuya acción se deja sentir sobre el organismo en el cual son introducidos. La presencia de esos fermentos en la sangre y en diversos tejidos explicaría hasta cierto punto los efectos comunes ó muy análogos observados des-

pués del empleo de extractos de órganos diferentes. La especialización de los efectos de cada órgano en particular resultaría de la acción de los agentes ó fermentos específicos coexistiendo con los otros elementos activos en la secreción interna.

El conocimiento de esos fermentos específicos apresuraría la solución del problema desde el punto de vista de la fisiología general, así como desde el punto de vista de las aplicaciones prácticas de la opoterapia; pero, excepción hecha de la hepateina (Gilbert y Carnot), la cuestión se halla aún muy poco adelantada, sobre todo en lo que concierne al cuerpo tiroides.

Tomando como base los fenómenos notados por la observación, es de suponer que los órganos de secreción interna ejercen un papel *antitóxico* manifiesto, y una *influencia pro funda sobre la nutrición.* Los productos de secreción interna obran por acción química ó á la manera de los fermentos hacen sentir sus efectos sobre el sistema nervioso central sobre los centros nerviosos periféricos y directamente, por mediación de la sangre, sobre las células orgánicas.

En los primeros ensayos terapéuticos se trató exclusivamente de reemplazar por medio de la opoterapia el órgano enfermo con el órgano sano; en los nuevos ensayos, se recurrió á las glándulas que ofrecían una sinergia vital evidente con los órganos enfermos: tal, por ejemplo, el tratamiento de las ovaritis, del cáncer del útero, por la ingestión de cuerpo tiroides (R. Bell). La opoterapia había ya utilizado el conocimiento de las *sustituciones funcionales*. Habíase averiguado especialmente la substitución que existe entre el timo y el cuerpo tiroides, entre la glándula pituitaria (Mikulicz), las glándulas paratiroides y el cuerpo tiroides (Gley).

Cabía en realidad preguntarse si los órganos de secreción antitóxica ó vivificante, aparte de su acción protectora contra las autointoxicaciones, intervenían acaso en la resistencia directa del organismo á las enfermedades micróbicas, si esos órganos, al igual que los humores antitóxicos, son acaso factores de la inmunidad. Las investigaciones instituídas para comprobar esta hipótesis han mostrado que ciertos tejidos de secreción interna están dotados del poder de modificar fuera del organismo los agentes virulentos ó sus toxinas. Desde el punto de vista práctico, la opoterapia de las enfermedades infecciosas, continúa poco adelantada. Sin

embargo, el extracto orquítico parece haber dado resultados á T. Michel y Nourry en la tuberculosis, á Ouspensky en el muermo, en el carbunclo y en el cólera; pero los experimentos de comprobación hechos por Brown-Séquard, d'Arsonval, Charrin, Roger, fueron negativos.

Charrin y Gley han observado que la ablación de la glándula tiroides atenúa la inmunidad natural de los conejos respecto del bacilo piociánico.

Muy recientemente Bosc, después de Freund y Grosz y de Heidenhain, ha mostrado que ciertas substancias existentes normalmente en el organismo, los *histonos* en particular, refuerzan los medios de defensa contra la infección (poder bactericida y poder antitóxico de la sangre). Ciertos extractos orgánicos (extractos de sanguijuela, de hígado, de intestino de perro, de timo de ternera), inyectados en la circulación en el perro, en el cobayo, han desarrollado experimentalmente la resistencia de esos animales á la infección por el colibacilo, por el estreptococo ó por el bacilo de Löffler. Ninguna de esas tentativas experimentales ha dado resultados prácticos. Los experimentos de Wassermann y Takaki (V. *Semana Médica*, 1898, pág. 64) parece que indican á la opoterapia un nuevo rumbo. El trabajo de dichos autores no ha tardado en suscitar investigaciones del mismo género, especialmente de la parte Pfeiffer y Marx.

Esbozadas rápidamente estas nociones, conviene tratar de la cuestión relativa á la *opoterapia tiroidea.*

Entre las medicaciones que pertenecen á la opoterapia, la medicación tiroidea, cuyos orígenes todos conocen, ha dado hasta hoy los más hermosos resultados.

Las conclusiones de Abelous, que ha tenido á bien encargarse del estudio fisiológico del cuerpo tiroides, muestran que ese estudio no se halla aún completamente dilucidado. Si bien se sabe que el aparato tiroideo es indispensable á la vida, que goza de una acción antitóxica, en cambio las opiniones están divididas acerca de la naturaleza de las substancias tóxicas que se acumulan en el organismo después de la supresión de la función tiroidea. Por otra parte, si se sabe que el jugo tiroideo refuerza los cambios y hasta los exagera cuando se administra en dosis elevada, si se sabe especialmente que fortalece la resistencia á la fatiga neuromuscular, ignórase, sin embargo, si es como estimulante del sistema

nervioso ó como antitóxico *vis-a-vis* de los productos engendrados por los músculos fatigados.

El estudio de las substancias específicas de la secreción interna de la tiroides nos ha enseñado que la yodotirina (Baumann), al igual que el jugo tiroideo natural, aumenta la cantidad de orina, de ázoe total, de cloro y de fósforo exeretados, así como la absorción de oxígeno y el desprendimiento de ácido carbónico. Desde el punto de vista de sus efectos sobre la nutrición, la yodotirina parece hallarse efectivamente dotada de todas las propiedades del extracto tiroideo entero; pero ¿es un contraveneno capaz de neutralizar ó de destruir las substancias tóxicas que se elaboran en los tejidos de los animales etiroidados? A este respecto es aún imposible formular ninguna conclusión precisa.

La acción vicariante del cuerpo pituitario y *a fortiori* del bazo (Zanda) no se halla demostrada. En cambio, según recientes observaciones de Lindemann, parece que existe una correlación entre el hígado y el cuerpo tiroides. Pero, además, juntamente con el aparato tiroideo existe un cierto número de glándulas, impropiamente llamadas accesorias: tales son las glándulas paratiroides, sobre las cuales Gley fué el primero que llamó la atención, cuya importancia se halla fuera de duda desde los experimentos de Gley, de Quervain, Hofmeister, Verstræten y Vanderlinden, Cadéac y Guinard, Vassale y Generali, etc., y las cuales contienen igualmente yodo (Gley).

Las incertitudes que deja subsistir el estudio experimental de las preparaciones tiroideas hace prever las que existen respecto de sus efectos sobre el hombre sano, los convalecientes y los enfermos. Estos efectos se traducen por síntomas funcionales y por una modificación de la nutrición general; pero existen diferencias muy sensibles en el modo de reacción individual.

En el hombre sano lo mismo que en el hombre enfermo, múltiples accidentes, análogos á los fenómenos de la enfermedad de Basedow y designados con el nombre de *tiroidismo*, pueden ser consecutivos al empleo de las preparaciones tiroideas.

El aceleramiento, la debilidad, y, sobre todo, la instabilidad del pulso, son los primeros síntomas que señalan la impregnación tóxica; luego sobrevienen la cefalea, el quebrantamiento de fuerzas, los dolores en los miembros, el malestar

gástrico, las erupciones cutáneas, la irritabilidad, y, si los trastornos se acentúan, la diarrea, los vómitos, el insomnio, la disnea y una verdadera fiebre de intoxicación.

En varios de nuestros enfermos hemos observado, por medio del ergógrafo de Mosso, que la ingestión tiroidea produce al principio un aumento de la resistencia á la fatiga. Cuanto á la elevación de temperatura, dista de ser constante, como de ello hemos podido cerciorarnos nosotros mismos.

La tiroidoterapia puede acrecentar notablemente la proporción de los cambios, con reserva hecha de las susceptibilidades individuales y de la distinción que hay que establecer entre el hombre en un estado de salud relativamente bueno (psoriasis) y el que se halla atacado de una distrofia (mixedema, obesidad).

La diuresis es poco marcada en el hombre en buena salud; en el mixedematoso depende de la reabsorción de los infiltrados. Las investigaciones que hemos hecho sobre las modificaciones de la excreción urinaria nos han mostrado que el aumento de los cloruros es proporcionalmente más considerable que el de los otros elementos; que la excreción del ácido fosfórico, grandemente aumentada en los primeros sujetos, no se ha elevado luego sino raras veces más arriba de la cifra fisiológica. La excreción del ázoe uréico, del ácido úrico, la relación del ácido úrico respecto de la urea, han sido igualmente muy aumentadas.

El tratamiento tiroideo puede determinar, por otra parte, albuminuria y una glucosuria leve y transitoria (Ewald, Dennig, Scholz, etc.); cuanto á la glucosuria alimenticia, es bastante frecuente (Bettmann, Strauss).

La desnutrición provocada por la medicación tiroidea se manifiesta de ordinario por una pérdida de peso rápidamente sensible, y esta diminución de peso resulta de la pérdida de una cierta cantidad de agua, de una cierta cantidad de grasa en los obesos, de la diminución de la asimilación de las grasas (Tikanadze), de la pérdida de una cierta cantidad de materias albuminoideas. Esta última causa, después de haber sido considerada como la principal, ha sido muy impugnada por Richter. Magnus-Levy opina formalmente que, aún con una alimentación superabundante, el enfermo puede perder ázoe por consecuencia de una acción específica probablemente tóxica del jugo tiroideo; pero esta acción puede

cesar, ya sea por acomodación orgánica, ó bien por otro cualquier motivo.

El tratamiento tiroideo aumenta la absorción del oxígeno, la combustión de las grasas y el ácido carbónico, lo mismo en el hombre que en el animal.

No se limitan á esto los efectos de esta medicación, sino que actúa también sobre la sangre, acelera el movimiento nutritivo, activa marcadamente ciertas secreciones, y en condiciones dadas favorece el movimiento de crecimiento.

La opoterapia tiroidea determina un rápido aumento de los glóbulos rojos en los mixedematosos (Bettencourt y Serrano, Merklen y Walther, etc.), disminuye las dimensiones de los glóbulos rojos aumenta la tasa de la hemoglobina (Lebreton y Vaquez), de donde resulta que acarrea la desaparición de las hemorragias en esos enfermos en calidad de regenerador de la sangre. Hay más: el jugo tiroideo tiene ciertamente una acción sobre las funciones tubo-ováricas y puede provocar—especialmente en las obesas—la amenorrea (Mossé). Pero si modera la congestión ovárica, ejerce en cambio una influencia excitante sobre los órganos mamarios (Mironow, Hertoghe).

Los experimentos de Hofmeister, de von Eiselsberg, Hanau, Goldberg, etc., han probado que el desarrollo del esqueleto de los animales resulta muy retardado después de la tiroidectomía. Esos animales, en su conjunto, ofrecen los atributos del enanismo. Hertogue y otros autores han mostrado que la opoterapia tiroidea es capaz de despertar y de excitar el proceso de crecimiento mientras la osificación del esqueleto no es completa, es decir, mientras los cartílagos de conjugación no han desaparecido.

A esas investigaciones sobre el desarrollo general del esqueleto deben agregarse los estudios sobre el desarrollo del callo y la consolidación precoz de las fracturas por el tratamiento tiroideo (Hanau, Gauthier).

Después de haber enumerado los efectos múltiples y diversos provocados por la supresión, la insuficiencia ó el exceso de la función tiroidea, debemos resumir en algunas proposiciones las nociones adquiridas y las deducciones prácticas que el médico puede sacar de ellas.

En el estado actual de nuestros conocimientos, puede admitirse que la glándula tiroides vierte á la circulación una secreción que destruye ciertas substancias tóxicas, como resultado del metabolismo normal y más especialmente del

metabolismo de las materias azoadas. La existencia de estas substancias tóxicas, cuya naturaleza química no es aún conocida, resulta fisiológicamente comprobada por los fenómenos de intoxicación que sobrevienen cuando la glándula se atrofia ó es suprimida.

Cuando se restituye al organismo el jugo tiroideo que le hace falta, los fenómenos de intoxicación disminuyen ó desaparecen. En estos casos, parece que la substancia incorporada actúa como una antitoxina *vis á vis* de las toxinas; neutraliza ó favorece la expulsión de los principios deletéreos. Acaso también actúa gracias á diversos elementos que acompañan al agente específico en el producto complejo utilizado (substancias coagulantes, nucleína, fermentos).

La secreción tiroidea es un poderoso excitante de la nutrición; pero cuando esa secreción es exagerada, su ó sus principios activos se vuelven harto abundantes en la sangre, aceleran el movimiento de la desnutrición, obrando como verdaderas toxinas.

Experimentalmente, la sobretiroidización del hombre sano ó enfermo, la del animal por las preparaciones tiroideas, dan origen á síntomas de intoxicación.

Los efectos de la secreción tiroidea no parece que sean debidos exclusivamente á un solo principio activo. En el momento actual, dos hay que parecen haber sido aislados: la *yodotirina* de Baumann, eficaz contra los trastornos tróficos y contra la toxemia crónica del hipotiroidismo; la *antitoxina* de Fränkel, la cual tiene principalmente por efecto neutralizar los accidentes tóxicos agudos (tetania, convulsiones).

No parece haberse probado que el principio activo de la glándula sea *primitivamente yodado;* los resultados comparados de los análisis del cuerpo tiroides antes del nacimiento, en el niño, en el adulto, tienden á establecer que ese órgano fija el yodo introducido con los alimentos. De este modo impide la acción nociva del metaloide sobre los centros nerviosos, al mismo tiempo que elabora el proteido yodado descubierto por Baumann. De ahí puede inferirse que la riqueza del cuerpo tiroides en yodo es la prueba de la energía de la función tiroidea, y no la condición primordial de la actividad de la glándula.

El aparato tiroideo puede ser alterado brusca ó lentamente. En el último caso, el organismo resiste llamando en su ayuda

las sustituciones funcionales. La distrofia toxémica se establece entonces con mucha lentitud; puede mantenerse incompleta y bastarda.

Los trastornos que resultan de modificaciones y perversiones rápidas, ó de la supresión quirúrgica completa de la función tiroidea, presentan, con una gravedad mayor, un aspecto ciertamente muy distinto de los de la hipotiroidea progresiva.

Una diferencia parece existir en los atributos fisiológicos de las diversas partes del aparato tiroideo (glándula tiroides y glándulas paratiroides). Acaso sea posible en clínica diferenciar por su expresión sintomática las alteraciones que alcanzarían más especialmente una ú otra parte de este aparato (mixedema tiroideo ó mixedema paratiroideo).

Las afecciones, trastornos tróficos y síndromas que dependen de una supresión, insuficiencia ó perversión de la secreción tiroidea, son susceptibles de ser tratados por medio de la opoterapia tiroidea.

Por desgracia, si bien conocemos bastante bien las distrofias y toxemias consecutivas á la atiroidia, conocemos ya menos los trastornos debidos á la hipotiroidia, y no tenemos sino nociones dudosas sobre los síndromas y las alteraciones tróficas de origen distiroideo.

Para ordenar un poco la exposición de las numerosas afecciones contra las cuales se ha utilizado con más ó menos éxito la tiroidoterapia, clasificaremos esas afecciones como sigue; pero téngase entendido que esta clasificación, en todo caso, no es más que un compás de espera, es decir, en expectación de otra mejor:

a) Estados morbosos y distrofias bajo la dependencia de una alteración marcada ó de la supresión de la glándula tiroides (*opoterapia directa*);

b) Estados morbosos y trastornos de los órganos ó funciones en correlación con el cuerpo tiroides, conduciendo á admitir un trastorno funcional de la tiroides sin alteración física evidente (*opoterapia indirecta*);

c) Estados morbosos y síndromas empíricamente mejorados por la opoterapia tiroidea (*opoterapia empírica*).

Opoterapia directa.—En esta primera categoría se colocan: 1º, las *distrofias* y *toxemias consecutivas á la atiroidia* (mixedema con sus cuatro variedades: mixedema del adulto, del niño, caquexia estrumipriva, cretinismo endémico). En las

tres primeras variedades sobre todo, el tratamiento tiroideo obra por decirlo así como específico, pero la mejoría no persiste sino mientras dura el tratamiento;

2º Los *bocios* y las *diversas afecciones crónicas de la glándula acarreando una diminución de la secreción*, en que la opoterapia tiroidea es útil, á condición de ser ensayada con prudencia, primeramente porque el agente activo introducido puede volverse nocivo, luego porque no hay criterio positivo para apreciar el grado de la alteración anatómica y funcional que se trata de remediar. En algunos casos, la medicación no obrará más que sobre los fenómenos de distiroidismo, sobre los trastornos psíquicos especialmente; en otros, el bocio disminuirá de volumen.

Opoterapia indirecta.—Una correlación evidente existe, en el estado fisiológico, entre la función tiroidea y el trofismo general. Se puede, por consiguiente, recurrir á la opoterapia tiroidea en los casos de nutrición tardía ó lenta, de retardo en el desarrollo del sistema óseo, de retardo de la pubertad. Esta medicación ha producido también alguna vez efectos satisfactorios en el infantilismo, en el retardo del crecimiento, en la obesidad, en la diabetes.

Una correlación funcional bastante estrecha existe entre los órganos de la generación (testículo, ovario, útero, mama y cuerpo tiroides), lo mismo en estado fisiológico que en estado morboso. Está, pues, indicado obrar contra las congestiones é hiperplasias de la zona útero-ovárica, y de hecho han sido obtenidos excelentes resultados, hasta el punto de haberse visto retroceder miomas y fibromiomas uterinos. Por otra parte, las observaciones demostrando la acción excito-secretora del jugo tiroideo sobre la lactación, dejan esperar que este medicamento podría prestar servicios en los casos de empobrecimiento de la secreción láctea.

Opoterapia empírica.—Hase ensayado la opoterapia en la tetania, en el psoriasis, en la ictiosis, en el eczema, en otras diversas afecciones cutáneas. La verdad es que si la tiroidoterapia puede utilizarse en estos casos, no se halla en ellos resueltamente indicada; su ensayo debe hacerse, pues, con mucha circunspección. Lo mismo rige respecto de la epilepsia, la catalepsia, la eclampsia infantil, la enajenación mental (excepción hecha para ciertos casos).

Tenemos, por consiguiente, que entre las indicaciones al-

gunas son formales, las otras son discutibles; muchas dimanan simplemente del empirismo.

Las contraindicaciones dependen del estado del enfermo, del estado del corazón (degeneración adiposa). Es de desear que el riñón, que las vías digestivas se hallen en buen estado, pues las alteraciones de los órganos digestivos abrirían fácilmente la puerta al tiroidismo.

Cuanto al bocio exoftálmico, si bien la tiroidina es á menudo nociva al principio, en cambio puede producir buenos efectos cuando la hiperactividad secretora va acompañada de una elaboración insuficiente ó viciada. En los falsos bocios exoftálmicos ó bocios basedowificados, se puede ensayar la medicación tiroidea.

La *ingestión* es casi el único método usado para la utilización terapéutica de la glándula tiroides y de sus derivados. Con ella se ha reemplazado el *injerto* y las *inyecciones*.

Se puede dar la glándula recién extraída (con preferencia glándula de carnero) procedente de un animal sano y recogida con mucha limpieza; esta glándula es ingerida en el momento de la comida, como si fuera carne cruda ordinaria ó cortada en diminutos fragmentos mezclados con el caldo ó envueltos en polvos de azúcar ó de regaliz.

La dosis debe ser formulada en peso, no en lóbulos. El peso medio de un lóbulo, es decir, de media glándula, es próximamente de 1 gramo 20 á 1 gr. 50 centigr.; pero puede variar de 0 gr. 80 ó 0 gr. 90 centigr. á 3 ó 4 gramos (Mossé, Bories).

Según la edad, el alimento, el origen de los animales, la cantidad de las substancias activas varía para un mismo peso de glándula. Así, por ejemplo, Baumann, en 1 gramo de glándula fresca de carnero, ha encontrado 0 miligr. 26 á 0 miligr. 38 de yodo en Friburgo, 0 miligr. 34 á 0 miligr. 35 en París, ó miligr. 44 á 1 miligr. 55 en Elberfeld. La tiroides del hombre y de los animales que viven en los países donde el bocio es endémico contiene, según las investigaciones de Baumann, una proporción de yodo menor que la de los habitantes de las regiones donde esa afección es rara.

Se comprende, pues, que la posología no se halle absolutamente determinada. Hay acuerdo, sin embargo, en la práctica por lo que respecta á las dosis medias.

Habitualmente se empieza por prescribir 1 á 2 gramos de glándula fresca por día; según el efecto, esta dosis es con-

servada ó aumentada, hasta 3 ó 4 gramos. Tan luego como los síntomas se han atenuado, se cesa progresivamente la medicación, para dar luego, á intervalos más ó menos largos las dosis necesarias al sostenimiento de la mejoría (ración de entretenimiento: 2 gramos cada dos, tres, cuatro, cinco días para el mixedema, 4 gramos dos veces por semana para la obesidad).

Se pueden dar igualmente, bajo diferentes formas, las preparaciones secas obtenidas por diversos procedimientos.

La tiroidina (Vermehren) y la tiroproteida (Notkine) parecen haber sido abandonadas; en Alemania sobre todo, se utiliza la yodotirina de Baumann; cuanto á la tireoantitoxina (Fränkel), apenas si ha sido empleada más que en medicina experimental.

El ensayo que hemos hecho de esos diferentes productos no ha parecido darnos resultados tan patentes como la glándula fresca.

En los niños, muy sensibles á la medicación tiroidea, las dosis deben guardar proporción con la edad. Es bastante difícil hacerles aceptar la glándula en estado natural; toman mucho mejor las pastillas. En un recién nacido atrépsico en último grado, portador de un bocio bilobulado y criado por su madre, bociosa también, T ha podido obtener, la desaparición casi completa del bocio, y la mejoría del estado general del niño practicando la tiroidización materna. Este hecho es el primero en el cual se haya probado de tiroidizar la nodriza para obrar sobre el niño.

Los resultados de la *opoterapia directa* son en general excelentes en el mixedema espontáneo del adulto, en el mixedema operatorio y en ciertas variedades de mixedema infantil (mixedema congénito). El éxito parece asimismo frecuente en el caso de cretinismo endémico, que es también una variedad del atiroidismo.

Por lo que respecta al bocio, las estadísticas, favorables en el conjunto, indican que si el bocio carnoso puede ser influído por el tratamiento tiroideo, no ocurre ya lo mismo con los bocios quísticos. Sobre los bocios vasculares y cancerosos la medicación no produce ningún efecto. La mejoría, cuando debe ser obtenida, es generalmente rápida.

En muchos bociosos, hasta en la ausencia de retrocesión del bocio, hemos obtenido la atenuación de los fenómenos tuncionales, lo cual ha permitido evitar la extirpación ó la fraqueotomía.

En resumen, el resultado es tanto más favorable cuanto que el sujeto es joven, el bocio carnoso, el tratamiento instituído de una manera precoz.

Cuanto al mecanismo de esta acción, von Bruns ha podido observar experimentalmente en perros bociosos que, bajo la influencia de la opoterapia tiroidea, había aumento de la substancia coloide resultante del aumento de la secreción, y fusión de numerosos folículos produciendo la diminución de volumen.

En la enfermedad de Basedow clásica, el tratamiento tiroideo es ordinariamente nocivo. En el bocio basedowificado, por el contrario, se muestra á menudo útil, disminuye los accidentes, sobre todo la dispnea, y produce á veces una mejoría considerable.

En cuanto concierne á los fenómenos mal conocidos aún de distiroidismo con bocio ó sin bocio, acarreando ó no una perversión de las facultades cerebrales, la tiroidización parece estar indicada; dos observaciones—una de Mairet y otra de T vendrían á probarlo.

En los trastornos del trofismo, suspensión de crecimiento, enanismo, infantilismo, los resultados de Hertoghe, de Bourneville, de Schmidt, justifican nuevos ensayos; en el raquitismo, los efectos obtenidos son contradictorios.

Los resultados de la *opoterapia indirecta*, favorables en ciertos casos, son absolutamente negativos en otros. En la obesidad, por ejemplo, ciertos enfermos sufren rápidamente los efectos de la medicación tiroidea (Schlesinger, Hennig, Grawitz, A. Mathieu, etc.), otros no experimentan más que resultados limitados, otros finalmente ven como su adiposidad queda estacionaria, si es que no aumenta. ¿Por qué ciertos obesos enflaquecen rápidamente, al paso que otros se muestran refractarios? Difícil es decirlo.

La dosis del período curativo debe ser en tal caso proporcionada á la susceptibilidad del enfermo; nado se gana con querer precipitar el tratamiento; las dosis de la ración de entretenimiento serán pequeñas ó separadas.

En la diabetes, diversos autores (Blachstein, Branthomme, Lépine), han observado una diminución positiva de la glucosuria, y un mejoramiento general ó hasta una desaparición completa del azúcar. Otras no han experimentado más que fracasos.

Para las afecciones de los órganos útero-ováricos y de la mama, se han señalado algunas mejorías; á juicio de T. sería útil precisar la acción de las preparaciones tiroideas en ginecología, é investigar si se trata de una acción específica, ó si no subministran en el tratamiento de los trastornos de circulación y de los neoplasmas útero-ováricos y mamarios sino un medio de administrar el yodo bajo una forma orgánica ya animalizada y, por ende, más activa.

En el cuadro de la *opoterapia empírica*, señalemos las tentativas hechas para el tratamiento de ciertos accidentes nerviosos tales como la tetania, la esclerodermia, la epilepsia, la catalepsia, la hemiatrofia facial, ciertas afecciones cutáneas (psoriasis), la hemofilia, la osteomalacia. Algunos resultados han sido obtenidos á veces, á propósito de casos particulares que no permiten sacar todavía ninguna conclusión general sobre la utilidad de la tiroidización en esas diferentes enfermedades.

Hemos ya señalado los accidentes que pueden ocurrir á seguida del empleo de la opoterapia tiroidea. Las condiciones genéricas de estos accidentes son múltiples: pueden dimanar no solo del agente terapéutico, sino de la enfermedad ó del enfermo.

En el atiroidismo, por ejemplo, hay que tomar en consideración el estado del hígado y del riñón, á menudo alterados y que no pueden bastar para una demixedemización harto brutal.

En las diversas afecciones que dimanan del atiroidismo ó en las distrofias, el grado de tolerancia para el medicamento depende de la integridad del riñón, del hígado, del corazón, y de la proporción más ó menos grande de antitoxinas puestas en movimiento en los vasos por el efecto del jugo tiroideo.

Entre las condiciones que dependen del enfermo, el temperamento neuropático, ciertas predisposiciones individuales deben entrar en cuenta; asimismo, la obesidad, el artritismo. Importa, por consiguiente, obrar en tales circunstancias con mucha circunspección y reserva.

Conviene en todos los casos interrumpir la medicación á partir de los primeros signos de intolerancia, vigilar muy de cerca á los enfermos atacados de una propatia renal, hepática ó cardíaca, hacer con regularidad el análisis de la orina.

La exposición que precede basta para demostrar que la opoterapia tiroidea responde eficazmente á diversas medicaciones, que produce resultados prácticos incontestables, por lo menos en el grupo del atiroidismo.

Desde el punto de vista de la práctica, la opoterapia ha introducido en la materia médica nuevos medicamentos complejos, activos, útiles, susceptibles de volverse peligrosos. Si bien ha conquistado su puesto en terapéutica, no puede afirmarse todavía que se halle en plena posesión de todos sus medios. Importa fijar las indicaciones del método; importa igualmente que lleguen á purificarse los productos opoterápicos.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Octubre 31 de 1898 Nº. 20

CLÍNICA DE ENFERMEDADES DE LA PIEL

DEL HOSPITAL SAN ROQUE

Tuberculosis verrugosa.—A propósito de un caso de lepra.—Sifilides gomosas en actividad durante diecisiete años (1)

por el Dr. M. Aberastury
Jefe de clinica

Señores:

La lesión que presenta esta enferma es relativamente rara. Responde exactamente á lo que Riehl y Paltauf han descrito con el nombre de tuberculosis verrugosa de la piel, y en cierto modo á lo que Vidal clasificó de lupus escleroso, sin diferir de algunas formas de tu-

(1) Enfermos presentados al Circulo Médico Argentino, en la asamblea del 30 de Septiembre.

bérculo anatómico por su aspecto y por las alteraciones histológicas que la caracterizan.

El aspecto primitivo, que Vdes. pueden apreciar en esta fotografía, ha sido modificado por aplicaciones que han desprendido las masas córneas que daban antes mayor relieve á la lesión. Era una placa saliente, de apariencia verrugosa, asentada en la cara dorsal y parte inferior del dedo medio derecho. El relieve, más acusado en el centro de la placa, iba decreciendo por pendiente suave hacia la periferia, alcanzando en su punto máximo de tres á cuatro milímetros. Esta parte central parecía una aglomeración de verrugas chatas, separadas entre sí por fisuras de escasa profundidad, que se hacían más notables flexionando la última falange del dedo, y en cuyo fondo exulceroso había una escasísima secreción sero-purulenta. Alrededor de esta porción netamente verrugosa, y como marcando sus bordes irregularmente redondeados, veíase una serie de pequeñas depresiones, no más grandes que una cabeza de alfiler, que en ciertos puntos se rellenaban de una capa córnea y contribuían así á formar las salidas papilomatosas. Entre estas depresiones *en nido* notábase algunas exulceradas, con una costra parduzca, y además pustulitas de uno á dos milímetros de diámetro como incluídas en el corion y recubiertas de una epidermis intacta. Más afuera aún había un liserado eritematoso, que se ha hecho muy notable en ciertos momentos de actividad mayor del proceso.

Ahora, como Vdes. pueden comprobarlo examinando el dedo de la enferma, la apariencia verrugosa ha desaparecido casi por completo, quedando en su lugar una cicatriz muy superficial, lisa, en la cual se puede notar, sin embargo, algunas de las depresiones en nido á que me he referido, y también pequeños relieves córneos. Pero las lesiones elementales conservan su carácter típico en la zona activa ó de extensión de la placa, y muy particularmente en la porción correspondiente á la cara lateral interna del dedo enfermo. En efecto, todo el borde de la placa está señalado por un ligero relieve, y en él se encuentran pequeñas pústulas intactas, otras en que la epidermis acaba de ser destruída, depresiones

TUBERCULOSIS VERRUGOSA

cupuliformes y salidas papilares de que es posible arrancar con la uña una gruesa capa córnea.

El interrogatorio de la enferma, una mujer de 36 años, casada, con varios hijos, permite reconstituir con seguridad el comienzo y la marcha del proceso. Ha tenido en su familia varios tísicos que han muerto, y fué asistiendo á uno de ellos, hace seis años, que se apercibió de una pequeña lastimadura en el dedo hoy enfermo, cerca del reborde unguial. Se le formó allí un *granito* duro, doloroso á la presión, con una pustulita igual á las que aún se producen en el límite de la placa. Otras muchas pustulitas aparecieron poco á poco en la vecindad de la primera, y, en tanto que unas se iniciaban, las más antiguas se abrían, la epidermis desprendida era reemplazada por una costrita que al caer dejaba la pequeña presión *en nido,* la cual á su vez se rellenaba y se hacía saliente á la manera de una verruga. Así, lentamente, en seis años de evolución no interrumpida, se ha formado esta lesión cuyo borde se halla todavía en actividad, lesión que, lo repito, por sus caracteres objetivos y por su marcha representa el tipo perfecto de la tuberculosis verrugosa descrita por Riehl y Paltauf.

Esta forma especial de tuberculosis cutánea se debe á una inoculación accidental tuberculosa, y por eso se produce casi exclusivamente en las partes del cuerpo descubiertas y más habitualmente expuestas á los traumatismos directos: dorso de las manos y los dedos, parte inferior del antebrazo y cara. La placa puede ser única, ó puede haber varias placas, como en la enferma de lupus vulgar de la cara tratada por la tuberculina residual, cuya observación he presentado anteriormente al Círculo. Esta enferma tenía una placa de tuberculosis verrugosa en el dedo índice y otra en el dorso de la mano derecha.

El proceso es de una evolución extraordinariamente lenta, y puede sufrir á la larga una regresión curativa espontánea, con cicatriz lisa, muy superficial. Rara vez ha dado origen á una generalización de la tuberculosis, y en los escasísimos casos en que ésta se ha observado, el hecho se ha atribuído á intervenciones quirúrgicas incompletas ó malas. En la enferma de lupus vulgar

de la cara que he citado, y que murió de granulia aguda, no fué posible decidir si esta granulia era imputable al uso de la tuberculina, ó si había sido causada por dos raclajes sucesivos de las placas de tuberculosis verrugosa, seguidos los dos de linfangitis erisipelatoide, con alta fiebre y escalofríos.

En este tipo de tuberculosis de la piel, las pustulitas formadas inmediatamente debajo de la epidermis son granulaciones tuberculosas que sufren el proceso de la supuración. Como lo dice du Castel, en su monografía de las *Tuberculoses cutanées*, el pus levanta y luego destruye la epidermis, llega á la formación de pequeños abcesos miliares, y la cripta que resulta de éstos es rellenada por epitelio proliferado. El análisis histológico acusa una infiltración del cuerpo papilar con numerosos folículos tuberculosos, pobres en bacilos, é hipertrofia verrugosa de las papilas y de la epidermis (Darier).

Los enfermos de lepra son de actualidad. Este grave mal, una verdadera rareza clínica hace diez años, está adquiriendo entre nosotros un crecimiento extraordinario. Los casos se multiplican y plantean ya el problema de la profilaxia pública para contener su desarrollo.

Ocho nuevas víctimas he visto en el mes de Septiembre: seis en el hospital San Roque y dos en mi consultorio particular. En mi servicio de la Casa de Aislamiento han ingresado seis casos más, y se han producido recientemente tres defunciones de leprosos.

En el Congreso científico latino-americano el debate sobre la lepra ha dejado esta cuestión á la orden del día; pero temo mucho que se la relegue al olvido por demasiado tiempo.

De todos modos, la lepra es hoy un enemigo que debemos aprender á descubrir, y que es indispensable que combatamos con toda la energía posible. Los casos surgen en todas partes. Los hay en Corrientes y Entre Ríos en gran número; son abundantes en Córdoba y

Santa Fe, y aumentan diariamente en la provincia de Buenos Aires y en la misma capital federal.

Hace pocos meses calculaba que habría 600 leprosos en el país. Ahora pienso que esta cifra es muy inferior á la realidad, y, sobre todo, que la extensión del mal se verifica con mucha rapidez.

De los nuevos casos á que me he referido, son particularmente interesantes, por sus modalidades clínicas, un niño de diez á doce años cuyas lesiones consisten únicamente en la mano en garra, con atrofia de los lumbricales é interóseos marcadísima, y grueso nervio cubital moniliforme, niño que concurre al consultorio de enfermedades nerviosas del hospital San Roque,—y este enfermo que voy á presentarles, y que tiene también, bajo apariencias mínimas, el gravísimo mal de San Lázaro.

En sus antecedentes de familia no figura ningún enfermo de esta clase. Italiano de origen, está radicado en el país desde el año 63, é hizo la campaña del Paraguay. Nunca ha tenido relación con leprosos, ni ha conocido, ni visto siquiera lazarientos.

A este respecto, he de agregar aquí que entre todos los leprosos que he examinado, y que han de ser más de 40, no he encontrado uno sólo cuyos ascendientes directos hayan tenido lepra, y sólo un tercio han tenido contacto anterior con enfermos de esa naturaleza. Esto, que hace de lado inmediatamente la herencia, ya negada por la mayoría de los leprólogos, no resuelve por completo el problema de la oportunidad ó momento y modo del contagio, puesto que de la mayoría de los casos no se puede decir cuándo y de qué fuente han adquirido su mal.

En este enfermo el fenómeno inicial fué un pequeño dolor apercibido á principios del año pasado, sin que hubiese lesión aparente, dolor que se despertaba á la presión entre el 4° y el 5° metacarpiano izquierdo. Hace seis á siete meses le apareció una pequeña mancha roja que se ha ido agrandando poco á poco hasta cubrir casi el dorso de la mano izquierda. Otra mácula, un poco mayor que una moneda de dos centavos, le ha apa-

recido en el tercio inferior y cara externa del antebrazo.

No hay en el enfermo más lesiones visibles que esas manchas, hoy de color rojo-violáceo, con escasísima ó nula infiltración del dermis. Cuando se presentó en nuestro consultorio del hospital San Roque, esas manchas tenían un lijero aspecto eczematoso, consecuencia tal vez de las aplicaciones medicamentosas irritantes que se había hecho en esos puntos; pero eran asiento también de un signo importantísimo: la anestesia, que debía despertar en seguida la sospecha de su naturaleza específica, y esta naturaleza fué inmediatamente ratificada por el estado del nervio cubital correspondiente.

En efecto, examinando la sensibilidad al nivel de las máculas, se ve que hay anestesia al dolor y al calor, con conservación de la sensibilidad táctil. Fuera de las manchas, la sensibilidad está conservada.

Este solo hecho, como se sabe, impone el pensar en la lepra. Pero el verdadero diagnóstico lo da la neuritis del cubital, que al examen se presenta como un cordón grueso y tenso que se puede seguir á lo largo del brazo. Este signo del cubital ha sido conceptuado como patognomónico de la lepra sistematizada nerviosa, y es sobre él que deseaba llamarles la atención, pues con frecuencia decide del diagnóstico en los casos en que faltan ó son indefinidas las manifestaciones tegumentarias y no hay más que atrofias musculares de la mano, en los dominios de ese nervio, atrofias que pueden traducirse por la sola flexión permanente de la última falange del auricular, como sucedía en un caso que he mostrado en la Sociedad Médica. Esas atrofias no se manifiestan todavía en este enfermo, pero han de venir en un momento en que la fase irritativa de la neuritis haga lugar á la degeneración definitiva del nervio.

Se está haciendo en este caso el tratamiento por el aceite de chaulmoogra, del que ha tomado ya hasta doscientas gotas en el día. Este medicamento es casi el único que se emplea contra la lepra, á falta de otro que sea realmente eficaz. El porvenir nos dirá si el proceso queda limitado á las lesiones mínimas actuales, ó si sigue su marcha de invasión general. Con relación

á esto agregaré, para concluir, que dos enfermos que he visto hace dos y tres años con lesiones semejantes, tienen actualmente formas mixtas de lepra generalizada.

Este enfermo de sífilis ofrece á la observación algunas particularidades que he creído de cierto interés.

No hay ningún antecedente relacionado con su enfermedad actual. Su padre fué muerto violentamente, siendo muy chico nuestro enfermo. La madre sucumbió hace nueve años, probablemente de neumonía. Varios hermanos son completamente sanos.

Tiene ahora veintinueve años de edad, y hace diecisiete años que le aparecieron las primeras manifestaciones en las piernas. Del accidente inicial, es decir, de la puerta de entrada de la infección, ningún dato puede ilustrarnos. Los primeros síntomas apercibidos á los doce años de edad tenían ya el carácter de accidentes terciarios. Luego, pues, la infección ha debido hacerse 3 ó 4 años antes por lo menos, si es que no estamos en presencia de un caso de sífilis hereditaria á manifestaciones tardías.

Se ve, actualmente, que las tibias, á cuyo nivel se produjeron las primeras manifestaciones que recuerda el enfermo, se ve, digo, que las tibias están considerablemente deformadas, la derecha con el tipo característico de la tibia en sable, y la izquierda con deformaciones mayores periostósicas. La osteoperiostitis gomosa de la tibia izquierda ha determinado cicatrices adherentes de la piel, habiendo salido pequeños secuestros del hueso, según los datos del enfermo.

Cinco años después de estas lesiones se iniciaron las de la cara, cuyas cicatrices, también adherentes, acusan la formación de gomas periósticos en su mayor parte. Ha habido necrosis de los huesos propios de la nariz, perforación hoy cicatrizada del paladar óseo, y ulceraciones en el paladar blando. Los párpados quedaron en ectropion, por retracción de las cicatrices vecinas.

En los brazos y antebrazos ha habido una sifílide gomosa serpiginosa, que seguía progresando cuando el enfermo ingresó en nuestro servicio en el mes de Mayo pasado. Las extensas cicatrices consecutivas han determinado al nivel del pliegue de los codos una retracción cutánea que impide la extensión más allá de un ángulo de 120 grados. Las articulaciones se hallan intactas.

Hay en el resto de la piel otras cicatrices de gomas ulcerados.

Las que tiene en los hombros han tomado una forma ligeramente quelóidica y radiada. En la porción póstero-interna de la raíz del muslo derecho hay una placa cicatricial del tamaño de la palma de la mano, la última sifílide ulcerosa serpiginosa aparecida en el enfermo.

Es raro ver en el día que la sífilis produzca estragos tan considerables como los que ofrece á la vista este caso, pues el tratamiento oportunamente instituído, sino la atenuación que sufre el proceso por su paso á través de generaciones sucesivas, hacen que la sífilis tenga en general una marcha benigna.

Otra particularidad digna de ser notada es que en los diecisiete años que lleva de duración el proceso, nunca ha dejado de haber algun foco gomoso en actividad, hasta el momento actual en que no existe ya ninguno, merced al tratamiento instituído en el hospital: inyecciones de calomel y ioduro de potasio.

Esta prolongación extremada del proceso siempre en actividad se sale también de las reglas habituales, pues la sífilis se atenúa con el tiempo en sus manifestaciones, y hasta se apaga por sí misma, aunque no intervenga un tratamiento específico. En nuestro caso, durante los 17 años que ha tenido de actividad evidente ese mal, el enfermo, que vivía en las sierras de San Luis, no fué nunca visto por un médico, ni tomó *remedios de botica.*

En fin, ¿es ó no es un caso de sífilis hereditaria? Si se considera el desarrollo del sujeto, en que no se puede encontrar síntomas de infantilismo, y la falta de la triada de Hutchinson, pues el enfermo conserva bien su oído,

no tiene queratitis intersticial, y le faltan los dientes, lo que impide saber si eran de la forma que se ha juzgado característica; y si se considera además que en los pretendidos casos de sífilis hereditaria tardía se puede invocar casi siempre, para negarla, una infección accidental que haya pasado inapercibida, en este caso bien podemos quedarnos en la duda, si no preferimos aceptar como más probable la idea de la infección accidental en la segunda infancia.

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

(SERVICIO DEL PROFESOR OBEJERO)

Estadistica comentada de los años 1896 y 1897

por el Dr. D. Urquiza
Jefe de Clínica

Durante el año 1896 han sido examinados en el servicio 3369 enfermos, de los cuales eran:

Hombres	1835
Mujeres	1534
TOTAL	3369

repartidos según edad de la manera siguiente:

0 á 10 años	661
11 » 25 »	1268
25 adelante	1440
TOTAL	3369

Y según órganos, en esta forma:

Boca, faringe y esófago	1213
Laringe y tráquea	465
Nariz y naso-fárinx	1577
Oído	1455
TOTAL	4710 (1)

Durante el año 1897 han sido examinados 3377 enfermos, de los cuales eran:

Hombres	1942
Mujeres	1435
TOTAL	3377

repartidos según edad de la manera siguiente:

De 0 á 10 años	602
» 11 » 25 »	1334
» 25 adelante	1441
TOTAL	3377

y según órganos en esta forma:

Boca, faringe y esófago	1225
Laríngе y tráquea	518
Nariz y naso-fárinx	1472
Oído	1582
TOTAL	4797 (1)

Si se compara los resultados de uno y otro año, se notará que los totales son sensiblemente aproximados, tanto en conjunto como en detalle.

De ellos se deduce que el sexo masculino es el que ofrece mayor morbilidad y más también la mayor edad, de 25 años en adelante.

Las afecciones que predominaron en el año 1896 fueron las de la nariz y naso-fárinx, mientras que en el 97 han sido las del aparato auditivo. En orden de frecuencia, vienen en seguida las de la boca, faringe y esófago, ocupando el último término las de la laringe y tráquea.

He aquí la agrupación de las enfermedades según organos:

(1) La diferencia entre el número de enfermos y enfermedades se explica por la coexistencia de varias afecciones en un mismo individuo.

Boca, Faringe y Esófago

Labio leporino	1
Herpes labialis	2
Forúnculo del labio	1
Abceso íd íd	1
Quiste seroso íd íd	1
Papiloma íd íd	1
Epitelioma íd íd	4
Estomatitis y gingivitis	82
Abceso alveolodentario	2
Accidentes de la última molar	8
Estomatitis aftosa	1
Epulis	1
Erosión traumática del suelo de la boca	1
Flemón sublingual	1
Ránula	4
Epitelioma del suelo de la boca	3
Leucoplasia bucal	2
Glositis	13
Abceso de la lengua	1
Papiloma íd íd	3
Ulceración tuberculosa de la lengua	1
Várices de la base id íd	2
Hipertrofia de la amígdala lingual	15
Flemón íd íd íd íd	2
Abceso de la mejilla	1
Papiloma íd íd íd	1
Parotiditis	9
Adenitis submaxilar	2
Carie y necrosis del maxilar superior (sífilis)	1
Carie íd íd íd íd inferior íd	2
Carie íd íd íd paladar (sífilis)	8
Perforación y destrucción del paladar íd	21
Uvula bífida	1
Edema de la úvula	4
Hipertrofia íd íd	2
Abceso del velo del paladar	1

Papiloma del velo, úvula y pilares	13
Perforación íd íd	11
Cicatrices íd íd	6
Adherencias velo palatinas	7
Epitelioma del velo	1
Paresia íd íd	2
Erosiones faríngeas por cuerpos extraños	4
Falsa sensación de cuerpoextraño	1
Cuerpos extraños (espinas de pescado)	11
Quemaduras por cáustico químico	2
Angina y amigdalitis aguda	172
Admigdalitis y periadmigdalitis flemonosa	72
» ulcerosa	7
Angina herpética	3
» seudomembranosa	7
» diftérica	4
Flemón laterofaríngeo	1
Angina catarral crónica	154
Hipertrofia de las amígdalas	262
Amigdalitis alveolar	20
Abceso enquistado de las amígdalas	12
Faringitis lateral	1
» seca	7
Micosis faríngea	2
Angina sifilítica secundaria	73
» » terciaria	45
Cicatrices en la pared faríngea posterior	3
Sarcoma de la amígdala	1
Epitelioma de la ídem	9
Epitelioma faringolaríngeo	3
Púrpura hemorrágica	1
Parestesia faríngea	79
Retardo de la palabra	2
Tartamudez	4
Estrechez esofágica	7
Cuerpo extraño en el esófago	1
TOTAL	1213

Laringe y Tráquea

Desviación de la laringe por tumor del cuello...	1
Abceso prelaríngeo.....	1
Quiste pretiroideo.....	2
Laringitis catarral aguda	21
Herpes de la epiglotis	1
Laringitis traumática	1
Laringitis ulcerosa por ingestión de potasa cáustica	1
Laringitis catarral crónica.....	202
Paquidermia laríngea.....	1
Laringo traqueitis ozenosa.....	1
Laringitis tuberculosa.....	82
Condro pericondritis del cartílago aritenoides....	1
Laringo estenosis tuberculosa.....	2
Laringitis sifilítica	38
Laringo estenosis sifilítica.....	3
Eversión del ventrículo de Morgagni.....	2
Pólipos de la laringe.....	16
Epitelioma laríngeo.....	13
Paresia y parálisis del músculo ari-aritenoides...	7
Paresia » » de los tiro-aritenoides internos	7
Parálisis de la cuerda vocal derecha.....	3
Paresia » » » » »	2
Parálisis recurrencial de la cuerda vocal izquierda	18
Parálisis » bilateral.....	1
Paresia y parálisis de los constrictores de la glotis	3
Parestesia laríngea.....	24
Afonía histérica.....	5
Retardados en la palabra.....	2
Tartamudos.....	4
	465

Nariz y Nasofárinx

Contusión de la nariz	3
Deformación traumática de la nariz	1
Pérdida completa de la nariz (sífilis)	1
Erisipela de la nariz	1
Lupus » » »	1
Elefantiasis » »	1
Acné » » »	9
Eczema del dorso de la nariz	1
Ulceración traumática del dorso	2
Quiste » » »	1
Amputación del lóbulo por mordisco	1
Abceso del lóbulo	1
Abceso del ala de la nariz	1
Herpes » » » » »	1
Quiste » » » » »	1
Condiloma » » » »	3
Goma » » » » »	1
Epitelioma » » » »	6
Dermatosis vestibulares; eczema, foliculitis, etc.	133
Estenosis congénita de las fosas nasales	2
» cicatricial » » » »	1
Atresia congénita	1
Desviaciones, espolones y crestas del tabique nasal	101
Erosiones del tabique nasal	9
Ulceración traumática del tabique nasal	1
Abceso del tabique nasal	2
Condro-pericondritis del tabique »	2
Úlcera perforante » » »	12
Perforación del tabique nasal (sífilis)	5
Epistaxis	46
Sinequias entre el tabique y el cornete inferior	3
Cuerpo extraño de las fosas nasales	6
Rinolito	1
Coriza agudo	43
Rinitis fibrinosa	3
Coriza crónico	89

Rinitis hipertrófica	241
Degeneración mixomatosa de los cornetes	56
Mixomas	50
Colas de cornete	45
Rinitis atrófica	99
» » fétida (ozena)	84
» caseosa	1
Miasis	7
Quiste óseo del cornete medio	1
Papiloma de las fosas nasales	2
Rinitis sifilítica secundaria	20
» » terciaria	57
Osteo periostitis de los huesos propios de la nariz	1
Sarcoma de las fosas nasales	2
Hidrorrea nasal	10
Anosmia	3
Cacosmia	1
Parestesia nasal	9

Empiema del seno maxilar derecho	
» » » » izquierdo	9
» » doble	1
Sarcoma del seno maxilar	2
Empiema » » frontal derecho	1
» » doble	1
Catarro agudo nasofaríngeo	9
Herpes del nasofárinx	1
Catarro crónico naso faríngeo	133
Angina de Cornwaldt	1
Vegetaciones adenoideas	217
Pólipos fibromucosos	1
Hipertrofia de la mucosa del tabique posterior	4
Pólipo fibroso	1
Sifílides ulcerosos del nasofárinx	4
Epitelioma » » »	1
Sarcoma » » »	1
Parestesia » » »	6
	1578

Oído

	Doble	*Derecho*	*Izquierdo*
Eczema del pabellón de la oreja...	11	20	21
Abceso » » » » » ...	1	3	
Quiste » » » » » ...		1	2
Erisipela » » » » » ...		1	1
Sifílides ulcerosas » » » ...			1
Epitelioma » » » » ...		1	
Eczema del conducto auditivo.....	29	23	20
Forunculosis » »	4	16	24
Cerumen.....	57	32	34
Cuerpos extraños del conducto auditivo.....	1	8	8
Larvas » » » .		2	2
Parásito vivo (chinche) » » .			1
Otomicosis.....	1	3	3
Atresia cicatricial.....		1	1
Otitis externa traumática.....		1	1
Herida de bala.....		1	
Sifílides ulcerosas del conducto auditivo.....		1	1
Carie y necrosis del conducto auditivo..... Pólipos del conducto.....		4	6
Meningitis traumática.....		1	
Perforación » de la membrana..		1	2
Perforación seca de la membrana timpánica.....	6	10	8
Cicatrices.....	10	15	10
Infiltración calcárea de la membrana.....	3	15	9
Obstrucción de las trompas.....	51	12	13
Otitis media aguda.....		17	26
Otorragia traumática.....			1
Otitis media purulenta aguda.....	7	20	21
» » » crónica....	97	122	153

	Doble	*Derecho*	*Izquierdo*
Pólipos y vegetaciones de la caja..	2	17	21
Colesteotoma » » » ..		2	2
Perforación de la membrana de Shrapnell.....	1	1	17
Supuración del ático.....		20	3
Perimastoditis.....	1	3	
Abceso perimastoideo.....		1	
Quiste sebáceo de la región mastoidea..... ..		1	
Mastoiditis		18	16
Fístula mastoidea.....		3	3
Otitis media esclerosa.....	243	22	20
Otalgia.....	3	4	3
Ruidos subjetivos.....	5		2
Parálisis facial.....	1	6	9
Neuralgia del trigémino..... ...	3		
Otitis interna.....	9		
Vértigo de Meniere.....	2		
Sordomudez	13		
	561	429	465

Operaciones

Quiste seroso del labio..... ...	1
Epitelioma íd íd	1
Ránula.....	3
Epulis.....	1
Papiloma de la mejilla.....	1
Papiloma de la úvula y pilares	9
Cuerpos extraños de la faringe (extracción).....	11
Uvulotomía.....	2
Amigdalotomía.....	64
Despedazamiento de las amígdalas.....	38
Flemón láterofaríngeo.....	
Adherencias velopalatinas.....	1
Cuerpo extraño del esófago (extracción).....	1
Quiste prelaríngeo.....	2
Traqueotomía.....	1

Tirotomía	1
Tumores laríngeos (benignos)	5
Aritenoidectomía	1
Intubación	2
Epitelioma del ala de la nariz	1
Espolones y crestas del tabique nasal	14
Cuerpo extraño de las fosas nasales	6
Rinolito	1
Secuestro	2
Papiloma de las fosas nasales	2
Mixomas	32
Colas de cornete	23
Quiste óseo del cornete medio	1
Pólipo fibromucoso	1
Empiema del seno maxilar	8
» » » frontal	1
Vegetaciones adenoideas	102
Quiste del pabellón de la oreja	3
Quiste sebáceo de la región mastoidea	1
Cuerpos extraños del conducto auditivo	17
Pólipos del conducto auditivo	10
Paracentesis	28
Ablación de pólipos, raspados de la caja	31
Abceso perimastoideo	1
Antrectomía	26
Aticotomía	4
Antro-aticotomía	4
Extracción de bala implantada en la apófisis mastoidea	1
TOTAL	466

Año 1897

Boca, Faringe y Esófago

Labio leporino	4
Herpes labialis	4
Forúnculo del labio	1
Eczema	1
Quiste seroso íd íd	2
Epitelioma íd íd	4
Estomatitis y gingivitis	68
Abceso alveolo dentario	12
Accidentes de la última molar	15
Epulis	2
Ránula	3
Estrechez del canal de Warthon	1
Epitelioma del suelo de la boca	1
Glositis	16
Quiste de la lengua	1
Angioma íd íd	1
Condiloma íd íd	1
Goma íd íd	1
Epitelioma de la lengua	6
Ulceración traumática de la mejilla	1
Epitelioma de la mejilla	2
Hipertrofia de la amígdala lingual	12
Parotiditis	8
Osteoperiostitis del maxilar	6
Carie y necrosis del paladar	1
Perforación y destrucción del paladar óseo y memb.	13

Hipertrofia de la úvula	1
Edema íd íd	3
División congénita del velo	2
Ulceración traumática de la úvula	1
Papiloma del velo, úvula y pilares	18
Adherencias velopalatinas	10
Paresia y parálisis del velo	4
Epitelioma del velo	3
Erosiones faríngeas por cuerpos extraños	2
Cuerpos extraños (espinas de pescado)	5
Angina y amigdalitis aguda	179
Amigdalitis y periamigdalitis flemonosa	45
Amigdalitis ulcerosa	10
Angina herpética	1
íd pseudomembranosa	8
íd diftérica	2
Flemón láterofaríngeo	1
Flemón retrofaríngeo	1
Angina catarral crónica	155
Hipertrofia de las amígdalas	326
Amigdalitis alveolar	16
Abceso enquistado de las amígdalas	7
Epitelioma amígdala	7
Sifílides erosivas y ulcerosas	151
Ulceración tuberculosa de la pared faríngea post.	4
Parestesia faríngea	53
Tartamudez	5
Retardados en la palabra	2
Amnesia verbal	1
Estrechez esofágica	15
TOTAL	1225

Laringe y Tráquea

Desviación de la laringe por tumor del cuello	1
Abceso prelaríngeo	1
Quiste pretiroideo	1
Angioma preteroideo	1

Laríngitis catarral aguda	42
íd estridulosa	2
Epiglotitis	1
Laringo estenosis (en niños)	2
Laringitis hermorrágica	1
íd traumática	2
Laringitis diftérica	1
Laringitis catarral crónica	253
Laringitis tuberculosa	83
Condro-pericondritis aritenoidea	1
Laringo estenosis tuberculosa	1
Laringitis sifilítica	36
Laringo estenosis sifilítica	3
Eversión del ventrículo de Morgagni	1
Pólipos de la laringe	15
Cuerpo extraño de la laringe	1
Angioma de la laringe cuerda vocal izq	1
Epitelioma laríngeo	8
Sarcoma laríngeo	1
Paresia y parálisis del músculo ari aritenoides	2
Paresia y parálisis de los músculos tiro-arit. internos	9
Parálisis de la cuerda vocal derecha	3
Parálisis recurrencial de la cuerda vocal izquierda	7
Paresia y parálisis de los constrictores de la glotis	3
Parestesia laríngea	28
Afonia histérica	6
Cuerpo extraño de la tráquea	1
TOTAL	518

Nariz y Nasofárinx

Herida de la nariz	3
Contusión íd íd íd	1
Deformación traumática de la nariz	1
Erisipela de la nariz	2
Acné íd íd íd	6
Epitelioma íd íd íd	2

Eczema del dorso de la nariz	6
Goma ulcerado del dorso	2
Condiloma del ala	2
Goma íd íd	2
Dermatosis vestibulares; eczema, foliculitis, etc.	113
Estenosis congénita de las fosas nasales	1
Atresia cicatricial id id id	1
Desviaciones, espolones y crestas del tabique nasal	98
Erosiones del tabique nasal	8
Ulceración traumática del tabique nasal	1
Abceso del tabique	3
Condro-pericondritis	1
Ulcera perforante del tabique nasal; perforaciones	6
Epistaxis	36
Sinequias entre el tabique y cornete inferior	2
Cuerpo extraño de las fosas nasales	9
Rinolito	1
Coriza agudo	32
Rinitis fibrinosa	4
Coriza crónico	122
Rinitis hipertrófica	154
Degeneración mixomatosa de los cornetes	38
Mixomas	51
Colas de cornete	52
Rinitis atrófica	87
Id id fétida (ozena)	95
Miasis	2
Papiloma de las fosas nasales	1
Rinitis sifilítica secundaria	12
Id íd terciaria	45
Perforación del tabique (sífilis)	5
Osteoperiostitis de los huesos propios de la nariz	3
Sarcoma de las fosas nasales	5
Osteosarcoma id id	3
Hidrorrea nasal	10
Anosmia	1
Parestesia nasal	9
Empiema del seno maxilar derecho	8
Id íd íd íd izquierdo	6
Empiema maxilar doble	1
Sarcoma del seno maxilar	1

Empiema del seno frontal derecho	2
Id íd íd íd izquierdo	1
Empiema frontal doble	4
Catarro agudo naso-faringeo	18
Adenoiditis	3
Catarro crónico nasofaríngeo	189
Angina de Tornwaldt	2
Vegetaciones adenoideas	190
Pólipos fibromucosos	2
Estenosis de las aberturas posteriores de las fosas nasales	1
Hipertrofia de la mucosa del tabique posterior	5
Sifílides ulcerosas del nasofárinx	2
Sarcoma del nasofárinx	1
TOTAL	1472

Oído

	Doble	*Derecho*	*Izquierdo*
Anomalía congénita del pabellón			1
Fístula congénita del pabellón (doble)	1	1	
Condritis del pabellón	1	1	1
Abceso » »	19	10	25
Eczema » »		1	
Quiste » »		1	
Angioma » »		1	3
Erisipela » »		1	
Sifílides ulcerosas del pabellón		1	
Epitelioma » »	31	28	18
Eczema del conducto auditivo	1	19	25
Forunculosis » »	62	37	31
Cerúmen	1	13	6
Cuerpos extraños del conducto auditivo		1	
Otomicosis		1	2
Atresia cicatricial	1	1	1

	Doble	*Derecho*	*Izquierdo*
Herida de bala.....		2	
Carie y necrosis del conducto auditivo		2	
Pólipos del conducto auditivo.			
Miringitis traumática.....			1
Ruptura traumática de la membrana		1	4
Perforación seca de la membrana timpánica.....	9	14	5
Cicatrices de la membrana timpánica.....	16	11	14
Infiltración calcárea.....	9	9	9
Obstrucción de las trompas....	30	7	16
Otitis media aguda.....	10	25	19
» » purulenta aguda..	19	21	21
» » » crónica...	91	148	163
Perforación de la membrana de Shrapnell.....		4	3
Supuración del ótico.....	3	21	22
Pólipos y vegetaciones de la caja	8	31	24
Perimastoiditis.....		2	3
Abceso perimastoideo...		1	1
Mastoidites	2	11	12
Mastoiditis de Bezoldt.....		1	1
Fístula mastoidea.....		4	2
Mastoidalgia			1
Otitis media esclerosa.....	290	11	16
Otalgia.....	5		
Ruidos subjetivos....	5		
Alucinaciones auditivas.....	1		
Parálisis facial.....		9	7
Neuralgia del trigémino.....	11		
Otitis interna..... ..	6		
Vértigo de Meniere.....	2		
Sordomudez.....	10		
Fractura del temporal.....			1
Sarcoma » »			1
TOTAL.....	644	471	467

Operaciones

Epitelioma del labio	2
Ránula	2
Quiste de la lengua	1
Papiloma de la úvula y pilares	11
Adherencias velopalatinas	2
Cuerpos extraños de la faringe	5
Uvulotomía	1
Amigdalotomía	88
Despedazamiento de las amígdalas	29
Flemón láterofaríngeo	1
Flemón retrofaríngeo	1
Quiste prelaríngeo	1
Intubación	1
Traqueotomía	4
Cuerpo extraño de la laringe	1
Tumores laríngeos (benignos)	7
Cuerpo extraño tráquea	1
Espolones y crestas del tabique nasal	18
Cuerpos extraños de las fosas nasales	9
Rinolito	1
Secuestro	1
Papiloma de las fosas nasales	1
Mixomas	38
Colas de cornete	2
Empiema del seno maxilar	5
Empiema del seno frontal	4
Vegetaciones adenoidas	92
Pólipos fibromucosos nariz	2
Fístula congénita del pabellón (doble)	1
Quiste del pabellón	1
Angioma del pabellón	1
Cuerpos extraños del conducto auditivo	20
Extracción de bala implantada en la apófisis mastoidea	2

Separación del pabellón por cuerpo extraño.....	1
Pólipos del conducto auditivo.....	3
Paracentesis	23
Ablación de pólipos, raspados de la caja.....	52
Abceso perimastoideo.....	2
Antrectomía	21
Aticotomía	2
Antro-aticotomía.....	6
TOTAL.....	485

(*Concluirá*)

REVISTA DE LA PRENSA

M. E. LIBMAN.—*Del valor del signo bucal de Koplik para el diagnóstico del sarampión.*—(Med. Record, 11 Junio 1898).

El autor ha podido confirmar, por el examen de 50 niños morbiliosos, la importancia diagnóstica de las manchas blanco-azuladas señaladas por Koplik como un fenómeno constante en el período de incubación del sarampión.

Una de esas observaciones es particularmente instructiva desde el punto de vista de los servicios que puede prestar el signo de Koplik para el aislamiento precoz de los casos de sarampión en los hospitales de niños. Refiérese á un niño de seis años de edad que desde hacía tres semanas se hallaba atacado de tos con fiebre y dolores torácicos. En el momento de su ingreso en el hospital, no presentaba ningún rastro de coriza ni de conjuntivitis. No se notaban en él sino síntomas de bronquitis leve y un soplo mitral con hipertrofia del ventrículo izquierdo. La temperatura era de 38°8. El diagnóstico pareció al principio dudoso; pero examinando la boca del enfermito no se tardó en descubrir en ella manchas de Koplik y en reconocer de este modo la existencia del sarampión. El niño fué inmediatamente aislado, y dos días más tarde se vió aparecer sobre el pecho y sobre el cuello, una erupción morbiliosa característica.

Desde entonces, Libman se ha ceñido á examinar cada día la cavidad bucal de todos los enfermos de su servicio. Doce días después de haber adoptado esta medida descubriéronse manchas de Koplik en otro niño, y á no tardar, en un corto espacio de tiempo, idénticas manchas fueron también observadas en otros nueve sujetos. Estos niños fueron inmediatamente retirados de la sala común. Todos

ellos presentaron, veinticuatro á cuarenta y ocho horas más tarde, una erupción morbiliosa típica. En cambio, ninguno de los niños en cuya cavidad bucal no fueron halladas las referidas manchas estuvo atacado de sarampión.

El autor no ha observado tampoco nunca las manchas bucales de referencia en otras afecciones fuera del sarampión. En un caso de eritema nudoso y en un sifilítico terciario ha visto ciertamente sobre la mucosa de las mejillas unas placas bastante análogas á la parte blanquizca central de las manchas bucales morbiliosas; pero distínguense claramente de estas últimas por sus dimensiones, que en aquéllas son mayores, así como por la ausencia de una zona de congestión periférica.

Finalmente, Libman ha encontrado que el signo de Koplik puede servir también para facilitar el diagnóstico de ciertos casos obscuros en el adulto, como lo demuestran de un modo o patente las siguientes observaciones:

Una de ellas concierne á un hombre de cuarenta y ocho años, quien después de haber sufrido durante algunos días de coriza y de bronquitis febril, presentaba desde hacía unas doce horas un exantema máculo-papuloso en la cara, en el pecho y sobre el abdomen. El médico de cabecera creyó que se trataba de una influenza con erupción medicamentosa, habiendo tomado el enfermo antipirina y fenacetina. Pero la presencia de manchas de Koplik en la cavidad bucal mostró que se trataba de sarampión, diagnóstico, por lo demás, que resultó confirmado por el hecho de que, quince días más tarde, dos de los hijos del paciente aparecieron atacados de esa misma afección.

El segundo enfermo era un sujeto de veintidós años, quien un mes y medio antes, había tenido en el pene una ulceración tomada por un chancro sifilítico, y que presentaba una erupción máculo-papulosa generalizada. Aun cuando estuvo atacado al mismo tiempo de coriza y de conjuntivitis, no se vió al principio en esa erupción más que una manifestación sifilítica secundaria. Pero también en este caso se encontró la buena pista gracias al examen de la boca, el cual reveló la existencia de las manchas morbiliosas de Koplik, y la evolución ulterior de la enfermedad no hizo sino confirmar el diagnóstico así establecido.

PONCET.—*Resultados de la cistostomía suprapubiana en el prostatismo.*—(Academia de med. de París).

Presenta una comunicación en la cual, después de haber recordado los servicios que la creación temporal ó definitiva de un meato hipogástrico presta en los accidentes urinarios graves de origen prostático. (V. *Semana Médica*, 1894, p. 3-5), P. da cuenta de los resultados remotos obtenidos por este método de tratamiento. En 1895, el orador había practicado ó hecho practicar en su servicio 81 cistostomías suprapubianas (V. *Semana Médica*, 1885, p. 542-544). Actualmente, el número total de los enfermos así operados es de 114, de los cuales 87 han curado y 27 han sucumbido. Estos casos pueden ser distribuídos en tres grupos: el primero comprende 39 sujetos que no habían presentado fenómenos de infección ni de uremia, y de los cuales 2 únicamente han fallecido; el segundo grupo se refiere á 29 pacientes atacados de envenenamiento urémico agudo en el momento de la operación, y de los cuales 12 han muerto; finalmente, en la tercera categoría cuéntanse 46 casos de envenenamiento urémico con 13 muertes.

Estas cifras muestran que el pronóstico de la cistostomía suprapubiana se halla subordinado á la gravedad del estado general, al grado del envenenamiento urinoso. Así, Poncet es partidario de la intervención precoz, la cual, haciendo desaparecer la retención de orina y los fenómenos congestivos concomitantes y modificando el terreno local, es la única que puede triunfar de accidentes que en otro caso seguiran una marcha casi fatal.

Al terminar, refiere el orador someramente una serie de casos poniendo bien en evidencia las ventajas de este método. Uno de esos enfermos fué operado á la edad de setenta y ocho años, cuando se hallaba ya en el coma y acusaba una temperatura rectal de 40°6. Actualmente, es decir, *cuatro años y medio después de la operación*, guarda sus orines tres ó cuatro horas durante el día, y mucho más tiempo aun durante la noche. Sus micciones son únicamente hipogástricas. Otro paciente, cistostomizado por Rollet, ejerce en la actualidad—*seis años después de haber sido operado*—el penoso oficio de herrero. Ese hombre puede guardar sus orines durante tres á cinco horas. El chorro es proyectado á una distancia de 30 á 40 centímetros por la vía hipogástrica.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Noviembre 15 de 1898 Nº. 21

OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

(SERVICIO DEL PROFESOR OBEJERO)

Estadistica comentada de los años 1896-97

por el **Dr. D. Urquiza,** Jefe de Clínica

(Conclusión)

Observaciones

Angioma de la lengua. — Los angiomas de la lengua no son frecuentes y menos de las dimensiones que ha llegado á adquirir en el caso que figura en esta estadística. Por eso, aunque no se preste á consideraciones de mayor importancia, creemos que debe ser mencionado aquí por lo menos.

Mujer de 42 años: contiene con dificultad su lengua dentro de la boca, que tiende á desbordarla en cuanto separa las maudíbulas, lo cual sucede habitualmente, pues que la enferma se siente así menos incómoda.

Los labios, y en parte también las mejillas, están empujados de dentro afuera, notándosele á primera vis-

ta la *boca llena*. Articula con dificultad las palabras y cuando abre la boca para mostrar la lengua, aparece ésta considerablemente aumentada de volumen, presentándose casi como formada por un tumor único con mayor desarrollo del lado izquierdo.

La superficie es lobulosa, surcada por gruesos vasos dilatados, blandujos, depresibles, de coloración azul obscura. En otros puntos la consistencia es más firme y la coloración ofrece un tinte menos subido. El tumor no sobrepasa los límites de la lengua; no hay nada semejante en ninguna parte del cuerpo y de los antecedentes que subministra la enferma parece ser de origen congénito.

Fué enviada al servicio de cirugía.

Sarcoma de la amigdala.—Hombre de 20 años de edad, de buenos antecedentes personales y paternos. Se presentó al consultorio el 21 de Julio. Desde hacían dos meses, sentía dolor de garganta en el lado derecho, más manifiesto en el acto de tragar, con dolor también é hinchazón del cuello en el mismo lado. Ultimamente, los dolores que habían cesado, recrudecen de nuevo.

Los ganglios del cuello estaban infartados, la amígdala derecha muy engrosada, del tamaño de un huevo de paloma, ulcerada, vegetante y negruzca en su porción posterior. Sarcoma, comprobado por el examen histológico.

Herpes de la epiglotis.—José Balvi, de 38 años. La lesión estaba limitada á la cara laríngea de la epiglotis, la que presentaba varias pequeñas ulceraciones blanquecinas y algunas vesiculitas adherentes sobre la mucosa, uniformemente roja. El resto de la laringe, así como las fauces, estaban indemnes. La enfermedad había comenzado hacía algunos días por incomodidad en la fauces, disfagia y sin que el enfermo notase en ningún momento elevación de temperatura.

Dos días después de aplicaciones tópicas simples, todo había desaparecido.

Laringitis aguda exudativa.—N. N., de 15 años. Se presentó al consultorio el 1° de Octubre con síntomas de una laringitis aguda muy intensa. Tos ronca, disfo-

nia y ligero tiraje. Cuerdas vocales inferiores cubiertas por un exudado grisáceo poco adherente. Por debajo de la glotis, se ven también masas de este mismo exudado sobre las paredes de la tráquea; sobre la mucosa del vestíbulo algunas pequeñas placas blanquecinas. Temperatura, 37,3. Hospitalización del enfermo. A la tarde, temperatura, 37,8.

El 3 de Octubre, el exudado ha disminuído, la superficie de las cuerdas está roja; sobre las apófisis vocales de ambos lados hay pequeñas erosiones. Los síntomas funcionales han mejorado. Temp. 37,2.

El día 4, no hay exudado; la temperatura es normal.

El examen micrográfico que se hizo el primer día del exudado y más tarde el cultivo, no dieron bacillus Loeffler.

Laringitis hemorrágica.—En el curso de una laringitis aguda, en el período de declinación N. N., de 19 años de edad, soltera, bien reglada, siente una marcada recrudescencia de los síntomas, ronquera, dolor de garganta y tos. Se presenta muy alarmada, porque ha visto los esputos salpicados de pequeñas manchas de sangre.

Toda la cavidad laríngea está vivamente inyectada. Sobre las cuerdas vocales y bandas ventriculares se ven pequeños coágulos adherentes, más hacia la comisura anterior. La cara superior de las cuerdas vocales inferiores, presenta también una que otra equimosis negruzca que se las aprecia mejor después de un pincelaje ligero de cocaina.

La marcha ulterior no ofrece nada digno de mención.

Aritenoiditis aguda derecha. Flemón látero faríngeo.—Hombre de 36, años vigilante. Su enfermedad data de veinte días atrás, habiéndose manifestado por dolor de cabeza y disfagia. En el momento del examen no hay alteración notable en la voz; por la laringoscopia se ve el aritenoides derecho edematoso, de una coloración rosada, pálida, la banda ventricular y repliegue ariaritenoides del mismo lado ligeramente infiltrados, ganglios submaxilares correspondientes infartados. No hay movimiento febril. Se le instituyó un tratamiento apropiado y el enfermo fué mejorado, hasta el

punto de considerarse bueno en el intervalo de ocho días, cuando al cabo de ellos amaneció con fuerte dolor de garganta que le imposibilitaba tragar.

La infiltración del aritenoides, banda ventricular y repliegue ari-epiglótico sobre todo había aumentado considerablemente; la epíglotis está edematosa y lateralmente la pared faríngea derecha forma un grueso cordón vertical. Exteriormente la región del cuello está dolorosa y empastada. Temp. 37,6. Se le hacen fomentaciones calientes. Al día siguiente, todos los síntomas anteriores están aún más manifiestos. Temp. 38,3. No se percibe fluctuación en el tumor faríngeo.

Dos días después se practica una incisión profunda en el punto más saliente, que da salida á una buena cantidad de pus.

La mejoría fué inmediata y la curación no se hizo esperar.

Laringitis ¿subglótica?—Un niño de 2 años de edad fué llevado á la consulta el día 14 de Mayo del 97. Refiere la madre que el niño estaba completamente bien cuando una noche, hacían quince de esto, se despertó con tos ronca. Desde entonces continuó ronco y con tos escasa hasta tres días antes de la fecha. La tos y la ronquera aumentaron hasta impedirle dormir y respirar con facilidad. Esta se hacía cada vez más difícil.

Por el examen laringoscópico llevado á cabo de la mejor manera posible, dada la edad y estado disneico del pequeño enfermo, se vió la mucosa del vestíbulo hiperemiada, así como las cuerdas vocales; no fué posible darse cuenta exacta del espacio subglótico.

La tos era frecuente y ronca, la respiración bastante difícil y acompañada de cornaje.

No hay nada faríngeo, ni tampoco antecedentes de contagio diftérico. Temperatura, 37,6.

En tales circunstancias la situación era embarazosa para el niño y debió optarse entre la traqueotomía y el tubaje de la glotis. Se resolvió lo último é inmediatamente se colocó sin tropiezo el tubo de menor calibre de los de la serie de O'Dwyer. En el acto de introducir el tubo, salida abundante de pus mezclado á la saliva. Se solicitó la presencia del médico interno Dr. Posadas

para el caso de que si sobreviniese cualquier accidente pudiera prestarle su importante concurso. La temperatura á las 6 p. m. 39,1.

Día 15.—El niño ha dormido bien; la respiración se ha regularizado desde el momento de la intubación; la tos es escasa y sólo se produce cuando ingiere algo líquido Temperatura, 37,6.

En el momento de la visita el enfermito duerme tranquilamente; se le despertó para extraerle el tubo y hacer un nuevo examen teniendo muy en cuenta la salida de pus abundante en el acto de la introducción del tubo, que bien podía explicarse por la ruptura de un abceso subglótico producido por su extremidad. En seguida de retirar el tubo se produjo súbitamente el mismo estado del día anterior sin que fuera posible examinar la laringe, y al pretender reintubarlo, desde el primer momento se produjo un espasmo tan violento, que las repetidas tentativas fueron infructuosas; el tubo no llegaba á vencer la resistencia intralaríngea, y era expulsado como si hubiese un diafragma elástico. Sin pérdida de tiempo se practicó la crico-traqueotomía en un tiempo. El aire atravesaba la cánula por la respiración artificial, pero ni ésta acompañada de tracciones rítmicas de la lengua, inyecciones de éter, puntas de fuego, etc., dieron resultado. El niño no volvió á respirar.

En la autopsia, que se practicó al día siguiente, no se encontró ninguna lesión material de la primera porción del tubo respiratorio; pero en cambio los ganglios perilaringotraqueales de ambos lados formaban una gruesa masa de tumores que englobaban los nervios laríngeos inferiores.

Los pulmones presentaban algunos focos do bronconeumonía.

Paquidermia laringea.—Esta forma ó modalidad de la laringitis crónica descrita y clasificada así por Virchow, encuentra aquí un caso típico de localización sobre los procesos vocales.

Hombre de 46 años, de buenos antecedentes paternos y personales, de profesión jardinero.

Cuenta que su enfermedad á la garganta por la cual viene á consultar data de tres meses, y que se manifies-

ta por dolores constantes á lo largo del cuello, propagándose á veces hasta los oídos. Sensación de sequedad en el fondo de la boca y ronquera. Dice que hace cinco años estuvo lo mismo que ahora durante tres meses.

Los síntomas de catarro laríngeo son poco acentuados; secreción escasa, disfonia moderada, etc. Las alteraciones de la mucosa son también poco marcadas, pero en la parte posterior de las cuerdas inferiores, al nivel de las apófisis vocales, existen dos elevaciones ovalares muy salientes de 4 á 5 milímetros de largo en el sentido ánteroposterior, simétricas, deprimidas en su centro y rodeadas de una zona rosada. La mucosa interaritenoidea ligeramente espesada.

Esta forma propia de aquellos que hacen uso exagerado de su órgano vocal, en el presente caso sólo podría culparse al abuso del alcohol y del tabaco, tal vez favorecido el terreno por la estenosis muy acentuada de una de sus fosas nasales.

Tiene el enfermo una desviación considerable del tabique nasal, que hace saliencia en la fosa izquierda por encima del cornete inferior, llegando á ponerse en contacto con la pared externa.

Laringo estenosis.—Un niño de 22 meses fué llevado al consultorio en un estado disneico muy acentuado. No hay más antecedentes que la dificultad para respirar, que había comenzado desde tiempo atrás y que había ido aumentando paulatinamente, al parecer sin fiebre y ningún otro dato digno de mención.

Se trató en vano de examinar la laringe. La respiración era ansiosa, sonora en los dos tiempos y el llanto de un timbre bajo. Nada en el cuello, nada en las fauces, fosas nasales y nasofárinx. ¿Papilomas laríngeos?

Dos días después fué necesario traqueotomizarlo y pasado un mes, en cuyo intervalo se intentó suprimirle la cánula sin conseguirlo, porque la estenosis laríngea poco ó nada se había modificado, se resolvió hacer la tirotomía. En efecto; claroformado el niño se incindió el cartílago tiroides en su línea media y separadas las dos láminas se creía encontrar allí los supuestos papilomas, pero la pequeña cavidad estaba libre de toda producción neoplásica. Se cerró la herida suturando

el cartílago con el mayor cuidado y dejando la cánula traqueal en su sitio.

El 26 de Agosto, ó sea 14 días después, se extrae la cánula traqueal y se procede al tubage de la glotis, escogiendo un tubo apropiado de la serie de O' Dwyer.

El día 27 á las 10 p. m., expulsa el tubo en un acceso de tos. El 28, presentan al niño respirando con toda libertad y con la voz clara. Según la madre, el timbre de la voz es tan claro como antes de enfermarse.

Laringo-estenosis cicatrical.—Niño de 11 años. Se presentó al consultorio el 17 de Abril del año 1895. con placas mucosas en la faringe y con una laringo estenosis aguda que requirió la traqueotomía ese mismo día, instituyéndosele el tratamiento antisifilítico. Más tarde, habiéndose conjurado los síntomas asfíxicos y restablecido la respiración, se le extrajo la cánula. Siguiendo nuestras indicaciones, el enfermo continuó con el tratamiento específico, aunque no de una manera regular. Sin embargo, un año después se vuelve á presentar nuevamente por dificultad respiratoria y encontramos que su laringe presenta una extensa zona de cicatrización que ha fusionado las dos cuerdas vocales inferiores en sus dos tercios anteriores, dejando sólo una pequeña abertura de forma triangular por donde se hace la respiración, insuficiente sin duda, pero compatible con un bienestar relativo, pues que el niño no acusa sufrimientos y su estado general es bastante bueno. Por su indocilidad no se presta á ninguna intervención endolaríngea y se espera una mejor oportunidad.

Cuerpo extraño de la tráquea.—Traqueotomia.—La relación de este caso fué presentada á la Sociedad Médica Argentina en su sesión del 4 de Octubre del año ppdo. y publicada en el núm. 28 de su Revista, de la cual la transcribimos.

Dr. Urquiza.—Voy á exponer en breves palabras un caso de cuerpo extraño en la tráquea, que, de por sí, no tiene muchos comentarios.

Los cuerpos extraños de las primeras vías respiratorias son relativamente frecuentes, pues que la literatura al respecto los cuenta por centenares y es común en-

contrar sobre todo, en las revistas de laringología, casos de esta naturaleza.

Entre nosotros, sin embargo, han sido muy escasos; hasta ahora, por mi parte, sólo conozco dos; el uno que fué operado por el malogrado Dr. Pirovano en compañía del Dr. Obejero, y creo que también del Dr. del Arca, extrayendo un fragmento de hueso de la tráquea por vía externa, y el otro que fué presentado á esta Sociedad por mi distinguido colega el doctor Segura, consistente en la parte tubular de una cánula que desprendida de su pabellón cayó á la tráquea yendo á incrustarse en su bronquio.

La vía más común de penetración al árbol respiratorio de los cuerpos extraños es la vía bucal, y su mecanismo es fácil de explicarlo; fuera de los casos patológicos en los cuales la sensibilidad faringo-laríngea está embotada ó suprimida, puede decirse qne penetran por sorpresa de la glotis. A esta categoría pertenece el que tengo el honor de presentar hoy.

Se trata de un niño de cuatro años y medio, que jugaba con un pequeño botón metálico entre las manos; la sirvienta que encontraba cerca de él, previendo un accidente del cual no estaban muy lejanos, pretendió quitárselo; el niño á fin de ocultarlo lo llevó súbitamente á la boca y acto continuo le sobrevino un fuerte acceso de tos acompañado de sofocación.

La madre que llegó en seguida lo encontró casi ahogado; con la cabeza inclinada hacia el lado izquierdo y la cara amoratada.

Enterada de lo que sucedía le abrió violentamente la boca llevando los dedos hasta la faringe sin dar con el cuerpo del delito.

Sin perder tiempo, lo condujeron á la botica más próxima, donde se le subministró un vomitivo sin ningún resultado.

Decidieron entonces llevarlo al Hospital Italiano, de allí á casa de un especialista y finalmente al consultorio del Dr. Obejero.

El Dr. Obejero en uno de sus repetidos exámenes laringoscópicos pudo ver el reflejo de un cuerpo brillante movible, por debajo de la glotis.

Teniendo en cuenta la forma y dimensiones del cuerpo

extraño, pues que la madre del niño llevaba consigo otros iguales, le prescribió un vomitivo, con la recomendación de ponerlo cabeza abajo durante los esfuerzos del vómito. Esta vez, como la anterior, los vómitos se produjeron, pero con el mismo resultado negativo.

Dos horas después del hecho, la respiración del niño fué regularizándose paulatinamente, enderezó la cabeza y bien pronto recuperó la tranquilidad habitual; comió esa misma tarde como de costumbre y durmió igualmente bien. Los días subsiguientes se pasaron de la misma manera, sólo se le notaba una ligera diferencia en la respiración que se acentuaba un poco más cuando se agitaba.

Entretanto resolvieron consultar otro especialista, que lo examinó varias veces remitiéndolo por último al Hospital San Roque.

Los padres del niño prefirieron llevarlo nuevamente al consultorio del Dr. Obejero, manifestándoles éste que era necesario operarlo y que fueran á su servicio del Hospital de Clínicas.

Al día siguiente, es decir, siete días después del accidente, pudimos examinar allí al niño.

La respiración era algo ruidosa, pero regular, de cuando en cuando y sobre todo al toser se percibía claramente un ruido de choque, de válvula, de bandera, que sin duda alguna era producido por el cuerpo extraño al chocar con el plano glótico; la tos tenía un ligero timbre crupal.

El resultado de la inspección laringoscópica no nos dió más signo objetivo que una hiperemia poco intensa de todo el órgano vocal.

Se procedió inmediatamente á la traqueotomía y previa anestesia clorofórmica, el doctor Obejero, ayudado por mí incindió los tejidos pretraqueales en un extensión de tres centímetros, con la buena suerte de no herir ningún vaso que diera sangre y casi en blanco dividió los tres primeros anillos de la tráquea. Al introducir el bisturí abotonado dentro de la tráquea, sentimos un ruido metálico, como si el cuerpo extraño hubiera golpeado el cortante del instrumento.

En el acto operatorio, poco después de haber separado los labios de la herida por medio de una cánula

especulum especial, durante un acceso de tos se sintió el ruido de un cuerpo duro al caer sobre el pavimento. Era el cuerpo extraño que aquí está, junto con otro igual (botón metálico poco más grande y de la misma forma que una lenteja). Como se ve, ha perdido el brillo por la acción de las secreciones del tubo respiratorio.

Las consecuencias operatorias fueron excelentes; no hubo complicación de ningún género y el niño se encuentra bien, completamente restablecido.

Epitelioma de la nariz.—Poco después de aparecer en «La Semaine Medicale» el año ppdo., el trabajo de los señores Cerny y Trunecek sobre curación radical del cáncer epitelial por la aplicación tópica de ácido arsenioso en solución alcohólica; seducidos por los brillantes resultados obtenidos por dicho señores, lo pusimos en práctica en varios casos de epitelioma de la nariz; pero como sucede frecuentemente entre los enfermos del consultorio externo, no se pudo juzgar entonces de los resultados definitivos, notándose, sí, que el citado tópico á no dudarlo ejercía una acción favorable é inmediata sobre los tejidos enfermos.

Más tarde, en la actualidad, están en tratamiento por el mismo método dos casos con un éxito verdaderamente brillante sobre todo al principio, los que esperamos poder comunicar en oportunidad.

Rinolito.—Mujer de 16 años. Refiere que á la edad de 10 años se introdujo inconscientemonte un grano de maíz en la fosa nasal derecha. En seguida del hecho no experimentó mayor molestia pero, después, la obstrucción nasal, la abundancia de líquido, su fetidez y finalmente el dolor que llegaba á hacerse muy intenso en el acto de sonarse, la habían decidido á consultar.

Al examen, levantando simplemente el lóbulo de la nariz se veía la fosa nasal derecha ocupada á partir del vestíbulo por una masa negruzca, dura, de superficie desigual y rugosa, envuelta por mucopus espeso y fijamente implantada en la cavidad.

La nariz exteriormente no está deformada, apenas si se apercibe ligera distención del ala derecha. En la fosa izquierda no hay nada de anormal, notándose sola-

mente una convexidad moderada del tabique, que sin duda obedece á la propulsión que ejerce sobre él, el citado cuerpo de la cavidad vecina.

El nasofárinx, así como la abertura nasal posterior correspondiente, estaban libres.

Aquella masa con tales antecedentes y tales caracteres no podía ser otra cosa que un rinolito. Así se diagnosticó y después de anestesiar la región de la mejor manera posible con cocaina, se procedió á su extracción por medio de una pinza fuerte, pero sin que fuera necesario emplear mayor violencia y sin fragmentarlo.

Las desgarraduras de la mucosa que necesariamente debían producirse, fueron insignificantes, dando lugar á una ligera hemorragia.

Es de notarse que los rinolitos son raros; el presente caso y otro pequeño sin importancia son los únicos que hemos tenido la ocasión de observar entre los miles de enfermos que han desfilado por este consultorio.

He aquí ahora el resultado del examen que se sirvió hacer el profesor R. Wernicke con todo el interés científico que le es peculiar.

« El rinolito mandado de ese consultorio es de forma aproximadamente oval, con una especie de espolón, blanco amarillento en un extremo, con un ligero tinte verdoso en el otro. En la superficie de corte es blanquizco; con indicaciones de capas concéntricas, encerrando una cavidad. Esta es de forma ovoidea y aparentemente revestida por una membrana de superficie lisa é insaluble en potasa y ácido acético; probablemente de naturaleza vegetal, pues presenta formaciones que se asemejan enormemente á pelos vegetales.

« El rinolito está compuesto por carbonato, cloruro y fosfato de cal y magnesia.

« Pesa un gramo diez centigramos. Mide más ó menos un centímetro y medio de largo, por uno de ancho. »

Papiloma fosa nasal.—Hombre de 19 años. Tumor ocupando la fosal nasal izquierda, dilatando las partes blandas y algo el hueso propio izquierdo. Tiene la forma de una coliflor, coloración grisácea y consistencia firme, implantado al tabique por un pedículo ancho. Sangra con facilidad al contacto del estilete.

Se procede á su extracción con el ansa fría en varios fragmentos, conteniendo la hemorragia que es abundante por taponamiento.

Si alguna vez puede confundirse clínicamente los papilomas de las fosas nasales, que son raros con otras producciones patológicas comunes de la región, en este caso su estructura anátomopatológica está establecida por el examen llevado á cabo por el profesor R. Wernicke. Va en seguida su autorizado informe.

«Pólipo nasal extraído en varias piezas. Peso 21,0. Sala V, Nº. 5810.

«Se halla constituído por un armazón de tejido fibroso cubierto de epitelio pavimentoso estratificado.

«En el tejido conjuntivo y entre las células (no en ellas) se observan cuerpos esféricos de 0,01 á 0,3 mm. de diámetro; cuerpos de los que un estudio ulterior dirá si son coccidias ó basidiomisetas.

«Diagnóstico: Papiloma ¿infeccioso?»

Hidrorrea nasal.—Este caso, que no podría clasificarse de hidrorrea esencial, pues que existían alteraciones patológicas manifiestas en la fosa nasal derecha, como ser degeneración mixomatosa del cornete medio con pequeños mixomas pediculados en el meato medio por donde se producía casi continuamente abundante secreción clara transparente, ofrece la particularidad de que después de haber agotado todos los recursos quirúrgicos y terapéuticos, por vía de investigación se le practicó una punción exploratriz del seno maxilar por el meato inferior seguida de aspiración, que no dió salida á ningún líquido; pero, cosa curiosa, desde ese día cesó por completo la hipersecreción nasal.

El 16 de Enero, se le hizo la punción; el 13 de Mayo del mismo año se presentó de nuevo la enferma con su hidrorrea en la misma forma que antes, es decir, que la inhibición le había durado casi cuatro meses. Esta vez el mismo expediente no dió resultado.

Rinitis atrófica fétida-ozena.—Con respecto á esta enfermedad, tan común y contra la cual se han ensayado tantos tratamientos, se han puesto en práctica en el servicio aquellos que más seducen por la novedad y la forma con que han sido lanzados. Así, por

ejemplo: el tratamiento por la electrólisis preconizado casi como un específico por algunos autores, no ha dado ni remotamente los beneficios apuntados por ellos. Dicho tratamiento fué empleado en siete individuos francamente ozenosos y en diversos períodos de la enfermedad. Se les hizo á cada uno con una semana de intervalo, aplicaciones electrolíticas ceñidas en todo á las reglas seguidas y publicadas por los mismos, que variaban entre diez y veinte minutos, de una corriente que gradualmente se hacía llegar hasta 15 y 20 miliámperes. Algunos de estos enfermos han soportado 5, 6, y hasta 8 aplicaciones sin obtener ventajas positivas.

El tratamiento por las inyecciones hipodérmicas de suero anti-diftérico lanzado por Belfanti y de la Vedova, fué empleado en un caso de rino-laringo traqueitis ozenosa, que figuró en la estadística del año 96, con producciones costrosas abundantes desde las fosas nasales, hasta la tráquea y en quien hubiera sido muy apreciable cualquier acción benéfica.

Cada dos días se le hicieron hasta quince inyecciones con un total de *doce mil* unidades inmunizantes.

Tanto en este caso como en otros dos de ozena nasal, los resultados fueron nulos; razón por la cual no se ha insistido ulteriormente.

El tratamiento por el masage vibratorio ha sido imposible de aplicar con la frecuencia y la constancia que los autores aconsejan para obtener algún resultado; aceptable en teoría, es de difícil y discutible éxito en la práctica.

Finalmente, desde hace algún tiempo el Dr. C. Uriarte, uno de los médicos asistentes al consultorio, ha emprendido el tratamiento del ozena por el jequirití. Empieza por emplear la maceración al 5 %, después pomadas al 1/20, 1/10, 1/5 y en algunos casos insuflando directamente el polvo de jequirití en substancia.

Aun no se pueden sacar conclusiones definitivas, y el Dr. Uriarte, que persigue con empeño este estudio, se promete presentar en oportunidad un trabajo completo.

Senos maxilares.—A pesar de los éxitos que se han obtenido en el servicio por la operación del empiema maxilar por vía alveolar, algunos enfermos conser-

vando persistente su supuración sinusal, nos han inducido á aceptar y practicar la intervención por la fosa canina propuesta por Luc últimamente.

Dos enfermos, el primero un hombre de 32 años con un empiema crónico del seno maxilar izquierdo. Después de incindida y separada la porción superior de la encía, se hizo á escoplo una abertura en la parte inferior anterior del seno, como de un centímetro de alto por uno y medio de ancho. Por ahí se introdujeron varias curetas de distintos tamaños y curvaduras hasta eliminar por completo la mucosa llena de vegetaciones, que tapizaban el interior del seno. Después de estar tan seguros como posible de haber raspado bien hasta las puntas de más difícil acceso, se completó la operación tocando las paredes de la cavidad con una solución de cloruro de zinc al 20/100 para cauterizar lo que pudiera haber quedado de mucosa. Siendo en este caso muy difícil por la conformación ósea del sujeto abrir una comunicación con la fosa nasal por el meato inferior se perforó el alveolo de la segunda premolar y se suturó la herida gingival. Al través de la abertura alveolar se rellenó la cavidad del seno con gaza iodoformada. Al cabo de seis días se extrajo la gaza casi seca y la cicatrización de la herida gingival estaba hecha. Se continuó llenando con gaza el seno por el alveolo y en el término de seis semanas el enfermo estaba completamente curado.

La otra enferma, mujer de 22 años, fué menos feliz, porque viviendo en el campo, no volvió al consultorio sino después de diez días de haber sido operada. La cicatrización de la herida gingival no se había obtenido, y la cavidad sinusal continuaba dando pus, prefiriéndose entonces continuar las curaciones por esta vía que daba más fácil acceso. El restablecimiento completo sólo se obtuvo al cabo de cuatro meses.

Senos frontales.—En la estadística de años anteriores mencionamos un caso de operación del seno frontal derecho por supresión de su pared ósea anterior y adhesión del colgajo de piel con su periostio á la pared posterior. El resultado fué brillante para el enfermo, que en doce ó quince días se vió completamente curado;

pero la estética se resintió, porque la deformación operatoria era bastante marcada.

Poco antes de que se presentara un nuevo caso al servicio, llegó la descripción de otro método de intervención preconizado por Ogston y Luc. Consistió éste en la trepanación por la frente, supresión completa de la mucosa, cauterización de la cavidad y drenage por el canal fronto-nasal con una sonda de Nelaton.

Tres fueron los casos operados por este procedimiento, con tan buen éxito que el profesor Obejero los presentó á la Academia de Medicina con una memoria descriptiva en la que hacía constar que los tres operados habían quedado curados ocho días después de la intervención.

Más tarde hemos tenido ocasión de observar un caso de doble sinusitis frontal y maxilar, cuya interesante historia resumimos á continuación.

Un hombre de 28 años se presentó al servicio con cefalalgia frontal intensísima, fotofobia, titubeación en la marcha, rinorrea abundante en la fosa nasal derecha, otorrea escasa en el oído del mismo lado y temperatura de 38°6.

Iba enviado por un colega que teniendo en cuenta la supuración del oído creyó fuera necesario hacer una trepanación mastoidea.

El enfermo tenía una otitis media purulenta crónica, pero sin ningún signo que indicara una propagación á las células mastoideas. La apófisis normal en apariencia no era dolorosa espontáneamente ni á la presión. En el cuello había un dolor á lo largo del esterno cleido mastoideo derecho que le hacía difíciles los movimientos laterales, pero ni tumefacción ni cambio de coloración que hiciera sospechar proceso alguno en la región. Nada pupilar ni en el fondo del ojo.

La fosa nasal derecha estaba llena de pus cremoso proveniente de la región superior. La iluminación por transparencia demostró una manifiesta opacidad de los senos frontal y maxilar derechos que contrastaba con la de los congéneres.

En tales condiciones se consideró al enfermo como grave. Todos estos fenómenos indicaban que habría algo cerebral, cuyo punto de partida probable era la sinu-

sitis frontal y se decidió intervenir en consecuencia, al día siguiente.

La operación por el procedimiento Ogston Luc, se hizo con toda prolijidad, dejando perfectamente limpia la cavidad que estaba llena de pus espeso y masas fungosas, obturándola en seguida con gasa-iodoformada después de dejar colocado un tubo de drenaje al través del canal frontonasal para asegurar su permeabilidad, pero sin suturar la herida cutánea hasta no ver desaparecer los síntomas inquietantes.

La temperatura siguió elevada; entre 38°5 y 40°.

Dos días después se levantó la curación. Pus escaso, humedeciendo la gasa; se tapona de nuevo y se hace la curación diariamente.

Cinco días después de la primera intervención, viendo que la temperatura era siempre elevada, que aparecían vómitos biliosos y que la postración era cada vez mayor, se agrandó la herida cutánea y se hizo con la pinza cortante la ablación de toda la pared anterior del seno, con el propósito de entrar en la cavidad craneana por la tabla interna si había el menor indicio que nos guiara. Bien explorado todo, ningún punto había en el hueso que fuera ni siquiera sospechoso y en la incertidumbre del sitio donde se encontrara la lesión que no ofrecía síntomas que pudieran localizarla, se resolvió esperar.

Por la noche el enfermo empezó á quejarse de fuertes dolores en el cuello; al día siguiente, se notó un empastamiento que llegaba hasta la región mastoidea, muy dolorosa á la presión. A pesar de que como hemos dicho al principio, no habría nada por este lado que hiciera pensar en un proceso mastoideo á fin de eliminar una probabilidad remota y como último recurso, se trepanó la apófisis encontrando el antro y las células adyacentes completamente sanas.

Tres días después murió el enfermo. Diagnóstico: meningo encefalitis difusa. La familia no permitió se hiciera la autopsia.

Carcinoma nasofaringeo.—Este enfermo, hombre de 49 años que había venido con anterioridad al consultorio con un tumor en el nasofárinx, formado por masas blandujas que fueron eliminadas por un curetaje;

más tarde los síntomas de estenosis nasal volvieron á manifestarse más pronunciados aún y en un nuevo examen se sentían dos tumores duros sobre la apófisis basilar.

En la fosa nasal izquierda existían algunos mixomas que no toman participación en la dificultad respiratoria.

El examen micrográfico de un fragmento del tumor extirpado por la nariz, demostró que se trataba de un carcinoma.

Hemorragia post-operatoria de vegetaciones adenoideas.—Las hemorragias consecutivas á la ablación de vegetaciones adenoideas que son raras en los niños de poca edad lo son menos en los adultos.

He aquí dos casos, los únicos por otra parte que se han observado en este servicio:

N. N., de 20 años, estudiante de medicina. Cuatro horas después de haber sido operado, hemorragia abundante hasta el punto de hacerse alarmante. Con el taponamiento posterior con gasa impregnada en una fuerte solución de antipirina é inyecciones hipodérmicas de ergotina, se contuvo para no repetirse.

N. N., joven de 14 años, soltera. Cuatro horas después de haber sido operada, hemorragia abundante y continuada durante seis horas, al cabo de las cuales se contuvo por un taponamiento posterior.

Al día siguiente á la hora de consultorio se sacó el tapón, reproduciéndose la hemorragia. Irrigaciones abundantes calientes, pincelajes del nasofárinx con solución concentrada de antipirina, inyección subcutánea de ergotina, etc.; sin resultado. Nuevo taponamiento con gasa á la ferropirina. Veinte y cuatro horas después se retira el tapón y esta vez queda definitivamente cohibida la hemorragia.

Fistulas auriculares congénitas.—Niña de un año de edad presenta dos pequeñas aberturas fistulares de un milímetro de diámetro, bilaterales simétricas, situadas por delante de la inserción del hélix. Haciendo presión en los alrededores aparece una gota de líquido purulento. Un estileto fino recorre una extensión de más ó menos un centímetro por debajo de la piel en línea oblicua de adelante á atrás y se detiene en el cartílago del hélix.

Dos días después del nacimiento de la niña se apercibieron sus padres de la existencia de estas pequeñas aberturas.

En anestesia clorofórmica se incindió todo el trayecto fistular rellenándolo con gasa y en pocos días se obtuvo la cicatrización completa.

Herida de bala del conducto y apófisis mastoidea.—Hombre de 33 años. Intentó suicidarse, descerrajándose un tiro de revólver en el conducto auditivo derecho. La bala había penetrado en línea oblicua de adelante atrás. alojándose en la base de la apófisis. En el momento del examen, veinticinco días después del accidente, la herida supura copiosamente. Hay ligeros dolores espontáneos y falta de percepción aérea. El fondo del conducto está estenosado, notándose por el estilete en medio de fungosidades la presencia del proyectil. Se procede á su extracción y previa anestesia clorofórmica se hace una incisión de cinco ó seis centímetros detrás de la oreja, paralela á la inserción del pabellón y sobrepasándola por arriba un centímetro. Se llega hasta el hueso, se separa el pabellón hacia adelante con los tejidos y periostio, notándose entonces la presencia de la bala incrustada en la porción más anterior de la apófisis, haciendo prominencia en la capa y conducto. Se extraen con la pinza dos pequeños secuestros y se consigue retirar la bala después de haberla movilizado, eliminando á la vez pequeñas esquirlas óseas de alrededor. Queda, pues, una gran brecha á expensas de una gran parte de la apófisis y de la pared pósterosuperior del conducto auditivo

Se suturó la herida retroauricular, estableciendo el drenage por el conducto con gasa iodoformada.

Doce días después, la herida está completamente cicatrizada (por primera intención) y el pus por el conducto es muy escaso.

Poco después la supuración desaparece totalmente y el enfermo es dado de alta, habiendo también recuperado en gran parte la audición.

Mastoiditis crónica—Reabsorción parcial del parietal y temporal derecho.—Hombre de 37 años,

casado, español; se presenta al consultorio con una otorrea crónica en ambos oídos.

El conducto auditivo derecho está lleno de pus caseoso y su pared pósterosuperior en comunicación amplia con las células mastoideas, pues que un estilete convenientemente doblado penetra hacia atrás en una extensión de dos ó tres centímetros.

La lesión más notable consiste en una reabsorción ósea del parietal y porción escamosa del temporal de este mismo lado, en una gran parte de su extensión, formando una pérdida de substancia de 8 á 10 cm. de largo por 4 ó 5 de ancho, alga oblicua de arriba abajo y de adelante atrás, irregular, de bordes socavados.

Por la presión, que es dolorosa se percibe, netamente la substancia cerebral.

El enfermo no da detalles de esta lesión, más que ligeros dolores de cabeza.

Antecedentes francamente sifilíticos.

Además, los maxilares están atrofiados, con sus bordes alveolares borrados.

Poco después la otorrea del oído izquierdo, que al principio parecía estar limitada á la caja, se propaga á la células mastoideas bajo la misma forma que en el oído derecho. Más tarde se produjo una fractura espontánea del fémur derecho y juzgando inoportuna cualquier intervención por el lado de las apófisis mastoideas, se pasó á otro servicio.

Mastoidalgia.—Un joven de 22 años se presenta al consultorio un mes después de haber sido tratado en el mismo servicio por una mastoiditis aguda del lado izquierdo que se terminó por resolución, manifestando que á los 4 ó 5 días de ser dado de alta fué acometido por fuertes dolores detrás de la oreja derecha, casi continuos, llegando á ser tan intensos que pasaba muchas noches sin poder dormir.

El examen otoscópico sólo demuestra antiguas lesiones cicatriciales de la membrana timpánica, con adherencias del mango del martillo á la pared interna de la caja. No hay otorrea.

Por parte de la apófisis mastoidea no hay ninguna alteración objetiva apreciable.

Los dolores están sin embargo localizados á la apófisis, se exacerban por la presión y se irradian á veces á toda la mitad derecha de la cabeza. No ceden á ningún tratamiento, y se decide entonces proceder quirúrgicamente sobre la apófisis.

Abierto el hueso en el punto de elección no se encontraron células ni antro; el hueso condensado y duro parecía un trozo de marfil. Después de insistir hasta una buena profundidad, se cerró la herida suturando la piel.

Desde aquel momento los dolores desaparecieron por completo.

Una mujer de 23 años, se queja de dolores en la región mastoidea izquierda, y los atribuye á una patada de caballo que recibió en esa región hace dos años antes.

El examen funcional y otoscópico sólo revela una afección crónica de la caja (otitis media esclerosa). Exteriormente no hay ninguna alteración apreciable.

Suponiendo que su neuralgia fuera debida á otras causas ajenas al aparato auditivo, se la envió al servicio de medicina á cargo del profesor Güemes.

Los diversos tratamientos á que fué sometida durante varios días no dieron resultado y como los dolores persistían cada vez más agudos y localizados siempre á la región mastoidea, se decidió abrir la apófisis. Así se hizo, encontrando un antro reducido, pero aparentemente fisiológico.

Desde aquel momento, como en el caso anterior, los dolores no volvieron á presentarse.

BIBLIOGRAFÍA

Nicolás V. Greco.—Bosquejo de la Historia General de la Farmacia—1898. Editor, A. Etchepareborda.

El autor estudia la historia de la Farmacia como arte y como ciencia: empieza con los orígenes del hombre, continúa con las primeras naciones civilizadas asiáticas y africanas; llega á Grecia, donde describe la época mitológica de los dioses y héroes curanderos y la de los Asclepiades; entra de lleno en la Grecia científica y sabia con la teoría física de los elementos, con la gran teoría química de los átomos, con las históricas escuelas de Gnido y de Cos y con el divino Hipócrates, Padre de la Medicina; el prodigioso Aristóteles, creador de la Zoología; con el nacimiento de la Botánica y de las Escuelas Alejandrina y Empírica; después de revistar á los reyes farmacéuticos, pasa á estudiar este arte en Roma, que abrigó al padre inmortal de la Farmacia, el ilustre Galeno, farmacéutico y médico de tantos emperadores; estudia los medicamentos, las manipulaciones, los instrumentos de trabajo y los vendedores de drogas. Luego describe los diez siglos de la Edad Media, explicando lo que fué la Farmacia en el Imperio Bizantino y cómo se inició una nueva era con el dominio científico de los Árabes, el pueblo de Geber, Avicenas y de toda una falanje de sabios. Háblanos también el autor de esa fusión de civilizaciones denominada Época Alquímica, madre de la Química y pórtico triunfal del Renacimiento y de los Tiempos Modernos. Termina sintetizando en un luminoso esquema, las aspiraciones y las tendencias de la Farmacia Contemporánea.

Al realizar con éxito un plan tan vasto, ha conseguido el autor exhibir de relieve su poder de asimilación, encuadrando en un marco de dimensiones relativamente pequeñas tanto material y tantos hechos. Esa misma riqueza de elementos y de datos da á la obra un indiscutible mérito científico, que resalta más aún por la sencillez y claridad de estilo.

ANGEL F. ORTIZ.

REVISTA DE LA PRENSA

LANDOUZY.—*Estudio clínico de la tuberculina T R.*

Cuando Koch puso en circulación, en Marzo de 1897, su nueva tuberculina T R, anunciaba que debía procurar efectos beneficiosos sin síntomas de reacción y sin fiebre, y que la inmunización se debía establecer sin reacción apreciable, hasta tal punto que Koch ordena «que se aumenten las dosis con mucha lentitud, de tal manera que se evite lo posible toda elevación de temperatura que exceda de 1º. Cuando á consecuencia de una inyección se presenta un ascenso térmico, hay que esperar que la temperatura vuelva á su nivel normal antes de proceder á la inyección siguiente».

Las condiciones restringidas, en tiempo y en cantidad de T R en que han tenido que trabajar los clínicos que la han ensayado, imponen grandes reservas en el juicio que se emita acerca de su valor terapéutico. Los ejemplares que le han servido á L para tratar seis enfermos, tres hombres y tres mujeres, no le han permitido más que llegar á la conclusión siguiente: la tuberculina T R, si no le ha dado resultados en cuanto á la mejoría general ó local de los tuberculosos, tampoco ha visto que haya producido ninguna acción nociva.

A esta conclusión, ó sea á la no nocividad del producto es, á su entender á la que han llegado, pero sin pasar de ella, los médicos bastante poco numerosos, que han ensayado en clínica humana la T R después de haber sido mal impresionados, hay que reconocerlo, por la manera cómo se presentaban los primeros ejemplares.

Las apreciaciones de L no tienen la intención de prejuzgar definitivamente el valor terapéutico de la T R. Sólo pretendemos decir que por lo mismo que Koch nos ha prevenido que su tuberculina no da verdaderamente resultados más que en las formas medias, no demasiado avanzadas ni febriles de la tuberculosis, convendría más bien á los tuberculosos que á los tísicos. No se debe olvidar tampoco, antes de poner en el activo de la T R, ciertas mejorías que se le atribuyen, que todos los días en las tuberculosis de primero y segundo grado se están observando tanto en los síntomas locales como en

los fenómenes generales, cambios, mejorías, treguas, suspensiones y extinciones completas, y esto lo mismo cuando se recurre á la mejor de las medicaciones sintomáticas, como en aquellos en que, cansados de luchar, nos atenemos á un mínimum de terapéutica medicamentosa paliativa. Y esto sin hablar de las curaciones que se alcanzan á veces en tuberculosis de todas formas y grados, con la sóla resistencia del enfermo bien servido por la fagoterapia y la aeroterapia.

De la indagación que ha practicado L con el objeto de conocer la apreciación que ha merecido la T R, en Alemania sobre todo, donde ha conquistado más descontentadizos que aprobadores, resulta que el campo de los médicos que no quieren usar la nueva preparación, tales como Schrœde, Ziemssen, Jey, Sondwitch, Javenne, Kerning, Senator, Leyden, está más nutrido que el de los partidarios indudables de la T R, tales como Baudach, Sprengler, Peters, Petrushky y Dauriac; habiendo además médicos que reservan su opinión hasta informarse mejor, tales como Bussenius, Schultze, Wagner y Leick, en el extranjero, y en Francia Duplats y sus discípulos Bosquier, Letullé y Perón.

Entre los testimonios clínicos más favorables, sin referirme á la serie maravillosa de éxitos de L. Dauriac, invoca la práctica de Peters, médico en Davos, quien se funda en la observación, prolongada por mucho tiempo, de 20 enfermos, que presentaban, sin fiebre, todos los períodos de la tisis y en los que se consiguió una mejoría «sorprendente» como no la habían obtenido después de pasar muchos meses en altas montañas. Baudach, director del Sanatorio de Schœmberg, dice, como resultado del tratamiento seguido por mucho tiempo en 32 enfermos, que «los ensayos hechos con la nueva tuberculina han producido buenos efectos; en un buen número de casos, está fuera de toda duda que la mejoría ha recibido un rápido impulso bajo la influencia de las inyecciones.» Sprengler, que también se halla al frente de un sanatorio, dice «no haber tenido más que resultados satisfactorios en los casos bien elegidos, y considera como muy precioso al tratamiento por la T R».

Entre las observaciones mejores, porque se refieren á enfermos observados durante mucho tiempo y tratados por etapas, merece ser citado un hecho de la práctica de Petruschky. Asiste á un tuberculoso, y no sin buen resultado, primero en 1894, con la tuberculina A, y le trata en seguida con la

tuberculina residual, de Diciembre de 1895 á Febrero de 1896, En Marzo de 1896 el enfermo contrae la grippe, que no influye en nada de particular sobre la tuberculosis, al contrario de lo que vemos que suele suceder en los tísicos; en Junio se le inyecta la T R. En vista de que en Septiembre de 1896 el enfermo tosía á pesar de que su estado general no cambiaba y volvía á toser en Febrero de 1897, se le practican en este mismo año 1897, y con un fin diagnóstico, inyecciones de la antigua tuberculina: se inyectan 5, 10 y hasta 15 miligramos sin producir ninguna reacción. En Junio de 1897, Petruschky, examinando el enfermo con uno de sus colegas, no encuentra rales; la respiración es normal é igualmente fuerte en los dos pulmones; tampoco hay diminución de sonoridad, salvo quizá en el lado izquierdo.

Si á pesar de las reservas de orden general hechas valer anteriormente en materia de T R fuera necesario establecer conclusiones respecto á este punto, se diría que de los diversos procedimientos toxinoterápicos puestos al servicio de la cura de los tuberculosos, T R es quizá el que se ha quedado menos atrás de los resultados prometidos, que no siempre ha dejado de influir en el estado general ó local y que no se ha encontrado nocivo. Parecería también, analisando detenidamente las observaciones de los partidarios del método que lo han empleado por mucho tiempo, que la T R pudiera pretender el papel de auxiliar en el tratamiento de los tuberculosos, para colocarlos en las mejores condiciones científicas de reacción respecto á su toxi-infección.

Por último, hay que añadir que se ha realizado un cambio unánime en cuanto á conceder á la T R un puesto importante en el tratamiento de las tuberculosis cutáneas. Los lupus, en particular, han sido modificados muy favorablemente con esta medicación, así es que tanto los dermatólogos alemanes. como los ingleses, aconsejan continuar los ensayos en este sentido.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Noviembre 30 de 1898 Nº. 22

ENSAYO SOBRE UN NUEVO SIGNO CLÍNICO

LA PULSACIÓN DEL PIE

por el Dr. **Silvio Tatti**

Del Hospital Rivadavia

¿Quién no ha tenido ocasión de observar esa actitud especial que adoptan muchas personas en el reposo, estando sentadas y con los miembros inferiores cruzados el uno sobre el otro?

Si dirigimos por un instante la mirada, sobre la extremidad del pie de la pierna del plano superior de un sujeto colocado en la posición indicada, notaremos que ésta se halla animada de un pequeño movimiento de oscilación, perfectamente perceptible á la simple vista.

El fenómeno es tan fácil de constatar, que puede observarse en cualquier instante del día, pues la postura que hemos indicado para el descanso de los miembros,

es tan frecuentemente adoptada, que no faltan sujetos para la observación.

Este fenómeno, aparentemente tan simple, me ha intrigado siempre. Se hacía diariamente para mí el signo revelador de una causa patológica cualquiera, cuyo conocimiento debía interesar. Y consiguió así preocuparme de tal manera, que resolví emprender una serie de observaciones al respecto.

Desde el primer instante, y por mucho tiempo, me entregué á reconocer si efectivamente la oscilación existía en todos los sujetos y llegué á establecer:

a) Que, hallándose agrupadas las condiciones requeridas, el movimiento se reproduce siempre;

b) Que el signo caracteriza á todos los sujetos, con diferencias de amplitud ó de frecuencia.

Comprobada, pues, la existencia de un movimiento oscilatorio involuntario del pie, en un sujeto que se halla siempre en una posición determinada y fija, he tratado de buscar la explicación ó de saber el origen de este movimiento, á fin de poder llegar mediante su estudio, á su conocimiento exacto.

Por otra parte, me ha impulsado también en esta tarea, el deseo de poder llegar á conocer la contribución con que podría contarse con el auxilio de este signo, para tender ó llegar á aclarar algunas de las muchas obscuridades que aún tiene por estudiar la medicina.

Los primeros pasos dados con el fin de conocer su naturaleza, así como la de estimar su mayor ó menor importancia clínica, tuvieron que ser iniciados indudablemente con poca precisión y sobre todo con el temor de que aún su conocimiento completo no nos condujera á nada determinado y fijo. Es así cómo queda explicada la tardanza en la aparición de este trabajo iniciado al principio de 1896.

Pero las investigaciones posteriores me revelaron que el signo sufría modificaciones, según fuera observado, en el estado sano ó en el estado enfermo. Y desde entonces, emprendí con ahínco su estudio en sujetos normales y en sujetos que presentaran alteraciones patológicas.

Pero desde ya se me presentaba un primer punto de resolución á discutir: ¿el signo no sería la consecuencia

de una compresión de vasos? ¿No ejercería influencia la estática adoptada para las observaciones?

Efectivamente, podría creerse que la compresión de los vasos poplíteos por la otra pierna, en la postura indicada, diera nacimiento á esta oscilacion del miembro inferior; pero esto no es más que una hipótesis que apartaremos con las consideraciones que siguen.

Asimismo podría alegarse que el signo del pie, nacido por la compresión, hace visible sus movimientos expansivos, porque la pierna colocada superiormente actuaría en ese caso como una palanca de tercer orden, que amplificaría el movimiento.

Procedí entonces á hacer algunas experiencias, á fin de poder apreciar esa objeción.

Dispuse al efecto un sujeto sentado sobre una mesa, cuyo borde libre alcanzara únicamente hasta el medio de los muslos, no estando los *miembros cruzados*, y para disminuir en todo lo posible la compresión producida por el peso del observado, lo hice sentar sobre una almohada.

Así los miembros inferiores quedan libremente suspendidos y el sujeto tan cómodamente colocado, como para abstenerse de la intervención voluntaria en el movimiento del pie.

¡Pues bien! En esas condiciones se produce igualmente la pulsacion del pie, aunque con menor impulsión que en el caso anterior.

Sin embargo, se puede siempre obtener un trazado gráfico bien claro.

Hasta ahora, y en adelante lo haré lo mismo, he hablado siempre de *pulsación del pie,* pero esto no quiere decir que localicemos el movimiento exclusivamente á esa parte. La observación la dirigimos especialmente sobre ese punto, porque es allí que la oscilación pulsátil, es fácilmente perceptible. En realidad el movimiento corresponde á toda la pierna.

El movimiento persiste todavía en la posición horizontal. Para observarlo se hace acostar á un sujeto en una posición tal, que sus miembros inferiores queden colgando del resto del cuerpo, de tal modo que la acción de éste, no actúe en ningún sentido sobre la pierna que se va á estudiar.

Pero si aun con esto no queda del todo alejada la idea de compresión, podemos decir que la impulsión arterial no tiene poder suficiente como para levantar mediante la compresión de la arteria, una palanca de ese largo y de ese peso. ¿Lo contrario, no parecería quizá más natural? Es, en efecto, la pulsación que debiera ser impedida, dificultada ó aún anulada bajo la presión del peso. Por otra parte, la situación de las arterias en la región poplítea, no puede prestar una potencia semejante á la impulsión arterial.

Ensáyese más bien una ligadura alrededor de la pierna de un hombre, sentado en las condiciones ya establecidas, ciñendo aquélla con diversas presiones, y se podrá ver: que la amplitud del movimiento, á pesar de la astricción no aumenta, sino que al contrario, si ésta llega hasta cierto punto la pulsación desaparece. Más aún, el miembro superior está también dotado de un movimiento pulsátil de toda su masa, sin que pueda alegarse en este caso, que haya intervenido en su producción como factor la compresión de vasos.

Pero la principal razón, que me ha hecho creer que este movimiento no es provocado artificialmente, es sin duda alguna, el estudio de su trazado gráfico.

En efecto, si fuera originado por la compresión, su trazado debiera ser siempre y permanentemente idéntico al obtenido en la arteria radial. Pero veremos más adelante, que cuando el sujeto que se observa es normal, ambos trazados son idénticos. En cambio, en algunos estados patológicos, especialmente del aparato circulatorio, nos encontraremos con que los dos trazados no coinciden. A veces el pulso radial dará un gráfico poco cambiado y en cambio el pie suministrará un signo completamente diverso.

Si admitiéramos que el trazado de la pulsación del pie, correspondiera al de la arteria poplítea comprimida, obtendríamos un signo de una amplitud muy aumentada por la acción de la palanca. Ahora bien; esto mismo no tiene lugar ni siquiera en los sujetos normales.

Adquiridos estos datos podía procederse ya á nuevas observaciones que fueran lo más exactas y minuciosas posibles. Busqué entonces un aparato que al mismo tiempo, que marcase un gráfico preciso, reuniese fáciles

condiciones de aplicabilidad á la clínica. El esfigmógrafo de Dudgeon llenó al principio el fin deseado, siendo necesario modificarlo en algunas partes.

Obtuve así diversos trazados en sujetos normales y enfermos, que fueron enviados juntos con una comunicación provisoria al segundo Congreso Médico Pan Americano que se reunió en México del 16 al 18 de Noviembre de 1896.

Los trazados que acompañan á este trabajo, han sido obtenidos con un aparato más perfecto, aunque más costoso, distinto del usado anteriormente y cuya descripción y funcionamiento se verán más más adelante.

Pertenecen ellos, á sujetos normales y enfermos.

Estos últimos han sido obtenidos en su mayor parte en el hospital "Rivadavia", dedicado exclusivamente á mujeres y donde existe anexo un servicio de maternidad, otros en el hospital «San Roque» y por fin algunos entre los casos de mi clínica privada.

Hemos dividido el conocimiento de este signo en diversas partes y dedicado preferente atención al estudio de las enfermedades del aparato circulatorio (corazón y arterias), cuyas afecciones repercuten más hondamente sobre la forma y modalidades del movimiento pulsátil del pie.

Estudiamos primeramente el signo normal, después el funcionamiento de los aparatos empleados para los trazados y en fin lo volvemos á ver en diversas enfermedades.

He aquí el plan de este estudio:

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

Descripción del signo—Modo de producción—Número de movimientos—Adultos, niños y viejos—En la mujer—en la mujer embarazada—Acción de las impresiones psiquícas—Influencia del calor y del frío—Acción de la fiebre y de los ejercicios musculares—Variaciones en el

número de movimientos—Otras causas que provocan cambios en el signo—Expansión—Fuerza de la impulsión ó tensión—Amplitud de la oscilación.

CAPÍTULO II

Descripción de los aparatos para la obtención de su trazado gráfico—Su funcionamiento.

SEGUNDA PARTE

Trazados en los sujetos normales—Signotipo en el niño, en el adulto, en el viejo y en las mujeres embarazadas—Modificaciones del signo cuando hay edemas periféricos.

TERCERA PARTE

CAPÍTULO I

Estudio de las modificaciones del signo en los estados patológicos siguientes:

Aparato circulatorio:

1º En la insuficiencia aórtica;
2º » » » mitral;
3º » » estrechez mitral y lesiones asociadas;
4º » » arterioesclerosis;
5º » » miocarditis crónica y en la hipertrofia cardíaca.—En la taquicardia paroxística esencial.

Sistema nervioso:

6º En la epilepsia.
7º En los temblores por impresión.
En los temblores de la intoxicación alcohólica.
En los temblores de la parálisis agitante.

CAPÍTULO II

Teorías que explican el signo.
Conclusiones bajo el punto de vista clínico.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

DESCRIPCIÓN DEL SIGNO.—MODO DE PRODUCCIÓN

Para que los movimientos oscilatorios del pie, sean mejor observados y de consiguiente se facilite su obtención gráfica, es necesario que el sujeto adopte una posición natural, que esté sentado con las piernas exactamente cruzadas, descansando una sobre el muslo de la otra, estando esta última en ángulo recto con respecto al muslo correspondiente.

Sentado el paciente de esta manera debe cuidarse que el hueco poplíteo de la pierna superior no quede comprimido por la inferior, pues es así como se consigue alejar cualquier causa de error. Son esas las condiciones requeridas para un buen trazado.

Prodúcese con esa posición habitual que se adopta comunmente sin esfuerzo porticular alguno, el movimiento regular del pie, que ha de dar el signo gráfico en las mejores condiciones de exactitud y precisión exigibles.

Los movimientos de que está animada la pierna pueden contarse á simple vista, mirando la extremidad del pie de la pierna colocada superiormente. Al mismo tiempo puede comprobarse que la dirección de las oscilaciones, es de abajo arriba con tendencia á desviarse algo lateralmente, ya sea hacia la derecha ó hacia la izquierda, según sea el miembro que se observa.

La pulsación del pie se ve y existe siempre y constantemente en todos los sujetos colocados en la posición enunciada, ya sean éstos niños, adultos ó viejos. Es pues un signo fisiológico.

La amplitud de las oscilaciones varía según se haga la observación en unos ó en otros, pero el gráfico del signo, aunque cambie en tamaño, reune siempre los mismos caracteres fundamentales.

Veremos también que este fenómeno oscilatorio existe en todos los estados patológicos, por más diversos que ellos sean, y que las modificaciones que experimenta son tan importantes, que lo harán de utilidad en el diagnóstico de algunas enfermedades.

Los movimientos del pie son casi isócronos con las contracciones cardíacas y con las pulsaciones tomadas en la arteria radial. La pulsación es idéntica y perfectamente igual en ambas extremidades.

Bien entendido queda que todas las consideraciones que acabamos de exponer se refieren siempre á las experiencias llevadas á cabo sobre sujetos normales.

Para obtener el trazado gráfico, podría presentarse una irregularidad en el conjunto de las acciones mecánicas: la impresionabilidad y las preocupaciones del sujeto. Es pues conveniente distraer su atención en el momento de obtener el trazado, siendo así como puede evitarse la intervención de todo movimiento extraño al que se estudia.

La observación es tanto más importante, cuanto que existen sujetos sobre los cuales la experiencia del trazado es imposible ó por lo menos muy difícil en una primera sesión. Para salvar este inconveniente se requiere entonces, una tercera y aun una cuarta aplicación, para que el observado se acostumbre á estar tranquilo. Felizmente, no es necesario hacer uso con mucha frecuencia de esta indicación, pues son pocos los que se colocan en esas condiciones.

No es inútil insistir sobre la importancia de estas precauciones, cuando se desea formular un juicio sobre trazados cuya exactitud haya sido bien controlada.

PODOGRAFO - APARATO PARA OBTENER EL TRAZADO DE LA PULSACIÓN DEL PIE.

NÚMERO DE MOVIMIENTOS

El movimiento es rítmico y su número casi coincide en los sujetos normales y tranquilos, con el de las pulsaciones contadas en la arteria radial, pero en algunos pueden hallarse una ó dos pulsaciones en más ó en menos.

Por la compresión del neumogástrico derecho, efectuada en el cuello, se consigue disminuir en mucho su número. Asimismo en el parto, desalojándose la cavidad abdominal, se produce un notable descenso de la presión, lo que trae como consecuencia un retardo en el movimiento pulsátil del pie.

Las oscilaciones varían también siguiendo los cambios ya conocidos, que experimenta el pulso radial en los sujetos sanos. Así, su mayor frecuencia es alrededor de las once del día y entre siete y ocho de la noche. Las hemorragias abundantes, la evacuación de un derrame ascítico ó pleurítico actúan más especialmente sobre el signo del pie que sobre el pulso de la arteria radial.

He aquí el cuadro que explica el número de las pulsaciones del pie, en diversas edades:

En el	niño de 12 á 16 años....	80 á 90	mov.	por	min.
» »	adulto.....	70 » 75	»	»	»
» »	viejo.....	65 » 70	»	»	»
» la	mujer adulta.....	75 » 85	»	»	»
» »	» embarazada.....	80 » 90	»	»	»

Las impresiones psíquicas, más ó menos violentas, la influencia de la temperatura ambiente ó bien la aplicacion sobre la pierna de compresas calientes ó heladas, modifican el movimiento pulsátil, que se hace más ó menos pequeño, más ó menos frecuente, según sea la causa que actúa.

El ejercicio muscular (la carrera, por ejemplo) acelera las pulsaciones y aumenta la impulsión. Los cambios que experimenta el signo bajo la acción de estas diversas causas, no alteran jamás los caracteres gráficos fundamentales.

En cuanto al conocimiento de los caracteres que puedan ser útiles en clínica, debemos tener en cuenta:

1º La expansión del movimiento.

2º La fuerza de la impulsión ó tensión.

3º La amplitud.

Estos diversos datos deberán apreciarse, observando exclusivamente las oscilaciones de la aguja del aparato inscriptor; pues el estudio del pulso de la pierna efectuado sin aparato, por la simple inspección de la extremidad del pie, no bastaría nunca para apreciar convenientemente las condiciones requeridas.

Bajo el punto de vista de la expansión, la pulsación será rápida ó lenta, la impulsión débil ó fuerte y se mide comprimiendo gradualmente una lámina metálica plegada en U, que se coloca en el pie como un estribo, y que está en contacto con el tambor inferior, sostenido á su vez por un vástago. La compresión no cesa sino cuando la pulsación ha desaparecido. Se concibe fácilmente que para llegar á ello, es necesario haber aumentado la compresión en cierta medida; es justamente lo que puede apreciarse por el desplazamiento del tambor inferior sobre la columna soporte, dividida en milímetros.

En fin, la amplitud será igual ó desigual, amplia ó pequeña.

CAPÍTULO II

DESCRIPCIÓN DE LOS APARATOS PARA LA OBTENCIÓN DEL TRAZADO GRÁFICO.—SU FUNCIONAMIENTO

El aparato de inscripción consta de dos partes esenciales: de un *transmisor* que recibe el movimiento, y de un *receptor* que da el trazado.

El órgano transmisor es un tambor horizontal, que se desplaza verticalmente sobre la columna de un soporte. Un botón ó tornillo lo fija á la altura deseada; y sus desplazamientos pueden apreciarse en milímetros sobre una escala grabada sobre un lado de la columna.

La parte más esencial es un tallo de cobre que termina en una pequeña rodela ó disco del mismo metal y perpendicularmente adaptada al caucho, bien tendido, que constituye la superficie inferior del tambor. Es este vástago que oscilando con el pie de abajo arriba, transmite el movimiento al receptor. A cada oscilación el pie levanta el tallo y el disco comprime el aire del tambor.

La compresión es instantáneamente repercutida en el receptor por medio de un tubo de goma, que une las dos partes del aparato.

El contacto del tallo con el pie es constante y perfectamente regularizado por una pieza accesoria, que abraza el pie del sujeto como lo haría un estribo. Es una lámina metálica de cuatro centímetros de anchura doblada en U, entre cuyas ramas se desliza el pie. La rama superior lleva un pequeño anillo de marfil, que circunscribe los puntos de contacto.

Dado un sujeto, sentado con las piernas cruzadas y el estribo de contacto colocado en el pie, se aproxima el soporte de tal manera que la extremidad del tallo repose en el anillo del estribo. Establecido el contacto se fija el tambor y el aparato transmisor empieza á funcionar.

El aparato receptor comprende dos piezas distintas: un tambor ó palanca y un cilindro de inscripción.

Todavía tenemos un pequeño soporte y un tambor vertical que desliza de arriba abajo sobre la columna.

La parte esencial del órgano es una palanca adaptada sobre una de las superficies del tambor.

Es justamente esta aguja la que marca sobre el cilindro la figura esquemática de las oscilaciones.

Las diversas presiones del transmisor, repercutidas al tambor, actúan sobre la aguja que se pone en movimiento, bastando ponerla en contacto con el cilindro para obteter el trazado de la oscilación.

La aguja está constituída por una lámina de aluminio de dos á cuatro milímetros de ancho, sobre quince centímetros de longitud, fijada sobre uno de los discos del tambor como la gran aguja de un cuadrante. La extremidad libre es ligeramente encorvada para caer más ó menos verticalmente sobre el cilindro.

El cilindro es de bronce y se ajusta entre dos tornillos; algunas vueltas del botón hacen adelantar ó retroceder el tornillo derecho lo que permite quitar ó fijar el cilindro cuya superficie bien pulida y perfectamente igual, no podría prepararse en el mismo sitio. Tiene 20 centímetros de largo y 12 de diámetro (véase pl. Iª).

La marcha del cilindro es dirigida por un movimiento de relojería, que asegura la precisión y la uniformidad. La rotación tiene lugar con dos velocidades diferentes.

Bastan 25 segundos para una vuelta completa á gran velocidad. Teniendo la circunferencia del cilindro 37 centímetros, se consigue entonces una marcha de 88 centímetros por minuto.

La velocidad ordinaria, da 44 centímetros de marcha, es decir, exactamente la mitad de la primera.

El todo está fijado sobre una caja que se abre como un libro y cuando está cerrada es un pequeño mueble de fácil transporte.

La pl. Iª deja ver con nitidez la disposición de todas las piezas. El tambor con la aguja ha sido desviado á la derecha para permitir ver los detalles y los trazados del cilindro. Las dos últimas líneas son obtenidas del sujeto fotografiado y las otras de un enfermo de insuficiencia mitral.

Los trazados marcados sobre el cilindro, cuya superficie ha sido previamente ennegrecida, son fijados en un baño de una solución alcohólica de goma laca al 10 por ciento, lo que da un trazado que no es brillante, favorable de consiguiente para obtener su reproducción fotográfica.

Constituyendo la preparación del cilindro la parte más enojosa de la manipulación, hemos ensayado obtener los trazados mediante la electricidad. Al efecto, se hace pasar una corriente negativa por el cilindro entero, recubierto con un papel de superficie muy lisa é impregnado de una solución de ferrocianuro de potasio. La corriente positiva llega por el tambor y la palanca, de modo que el circuito queda cerrado cada vez que la palanca toca el papel. La corriente descompone así la sal y la precipita en un compuesto de coloración azul. Pero el funcionamiento regular de todo el sistema exige que el papel esté algo húmedo: alterándose así las

condiciones esenciales de un buen trazado, pues la extremidad de la aguja no puede deslizarse con la suavidad y uniformidad requeridas. Hemos tenido, pues, que renunciar á ello, á pesar de su simplicidad.

Cuando en un servicio clínico exista un cardiógrafo, éste podrá reemplazar al aparato indicado; debiéndose para ello preparar los elementos que rodean al pie.

Pero el valor de estos aparatos dificulta á veces su obtención y entonces puede ser substituído por el esfimógrafo Dudgeon, muy difundido y al que es necesario someter á algunas modificaciones con ese fin.

La tira de papel para obtener el trazado del pie, tiene que ser mas ancha, que la quese emplea para el pulso radial; de consiguiente lo será también la parte que lo recibe, bastando para ello cambiar los cilindros rotatorios. Se añaden además, para poder afirmarlo sobre un soporte, dos pequeñas orejas, que recibirán dos tornillos. El soporte está constituído por tres varillas delgadas de madera, dividida cada una en dos partes; deslizándose la inferior dentro de la superior. Por intermedio de un tornillo de presión puede afirmarse á cualquier altura, como ello tiene lugar en los trípodes que se emplean para sostener ciertas máquinas fotográficas.

La agarradera del pie puede ser también cambiada por un vástago de madera que lleva clavado en una de sus extremidades, un disco de metal ó una moneda, dispuesta verticalmente. Este se ata al pie y el disco deberá estar siempre en contacto con la parte inferior del esfigmógrafo.

Con este aparato habían sido obtenidos los primeros trazados, que fueron enviados con una comunicación provisoria al 2° congreso de Medicina Pan Americano.

Pero los trazados que acompañan á esta obra lo han sido con el *podografo* ó el aparato grande.

El esfigmógrafo de Dudgeon con las modificaciones introducidas permite siempre obtener el trazado del pulso radial. En todas las observaciones anteriores y actuales se han obtenido al mismo tiempo y sincrónicamente el trazado del pie y el del pulso radial.

Es en esa forma que han sido obtenidos los trazados del pulso del pie y de la radial, que hemos creído conveniente publicar.

SEGUNDA PARTE

TRAZADOS EN LOS SUJETOS NORMALES, SIGNOTIPO EN EL NIÑO; EN EL ADULTO; EN EL VIEJO Y EN LA MUJER EMBARAZADA.—MODIFICACIONES DEL SIGNO CUANDO HAY EDEMAS PERIFÉRICOS.

Ahora que hemos podido obtener en numerosos sujetos normales los rasgos gráficos del pie, tratemos de estudiarlos en sus diversas modalidades, á fin de poder llegar mediante su conocimiento á establecer, con la más exigible precisión, la característica gráfica del pulso de la pierna.

Es por esa comprobación que llegaremos á conocer el *signo normal*, que nos servirá desde entonces como elemento comparativo fundamental. Y se podrá reconocer fácilmente cualquier variación que pueda experimentar el signo, en los diversos estados patológicos en los cuales se estudiará.

El estudio de los gráficos que se acompañan, que constituyen un escaso número de los obtenidos, y que han sido especialmente elegidos por su mayor nitidez, nos permite llegar á establecer lo siguiente: que el gráfico del pulso del pie, en los sujetos normales, es decir, en los cuales no existe lesión de ninguna naturaleza en ningún órgano está constituído por una curva que representa un movimiento.

Este se compone de una línea de ascenso, de un vértice y de una línea de descenso.

La primera es generalmente recta ó oblicua hacia la derecha y arriba; el vértice es agudo ó muy ligeramente redondeado. La línea de descenso es quebrada y oblicua hacia la derecha y abajo, formando con la primera un ángulo agudo.

En su tercio superior es recta, y al terminar éste nacen dos ó tres pequeñas ondulaciones, que se desvían mucho

hacia la derecha, aumentando así la abertura del ángulo, medida en las extremidades de las líneas que lo forman.

Las ondulaciones secundarias abarcan los dos tercios inferiores de la línea de descenso.

El signo es perfectamente regular é igual y en algunos sujetos se consigue obtener un trazado tan preciso y exacto como el que se lee en los aparatos usados para estudiar el pulso radial.

En otros casos, aunque en el trazado no sea posible observar una igualdad perfecta durante mucho tiempo á causa de las contracciones musculares involuntarias, se puede disponer siempre de un fragmento con diversos movimientos que llenen las condiciones de fidelidad exigidas.

El trazado descripto es el que se observa en los sujetos adultos y cuyas arterias son perfectamente elásticas (trazados del 1 al 7). En edad más avanzada, las ondulaciones son más duras y en algunos el vértice es más redondeado, pero sin llegar nunca á presentar un aplanamiento (trazados del 8 al 12).

En los *niños* que han sido sometidos á la observación y cuya edad varía entre los 7 y los 15 años, el signo es más pequeño, las ondulaciones son menos pronunciadas y es tal vez en estos trazados donde puede verse con más claridad, que aquél está formado por tres y á veces hasta por cuatro ondulaciones, de las cuales la primera es más fuerte y las otras van disminuyendo gradualmente (trazados 13, 14, 18, 19, 21).

La aplicación de compresas frías colocadas alrededor de los miembros, ó bien si se da un baño frío á los pies, trae como consecuencia una modificación en el signo. (13, 14, 15, 16).

Actúa también en el mismo sentido una temperatura fría disminuyendo la impulsión (17).

El EJERCICIO MUSCULAR, especialmente la carrera, aumenta la impulsión del movimiento y acelera las pulsaciones (19, 20, 21, 22, 23).

Los BAÑOS CALIENTES, ó las compresas con agua caliente tienen el poder de aumentar notablemente la impulsion pulsátil (26, 27).

El trazado que dan los sujetos sentados con los MIEM-

BROS SIN CRUZAR, presentan las ondulaciones más suaves (trazado 28).

Los rasgos gráficos en LOS VIEJOS tienen los vértices más redondeados, á veces aplanados y las curvas secundarias pequeñas y duras (trazado 29).

Las IMPRESIONES PSÍQUICAS provocan numerosas pulsaciones irregulares y desiguales, causadas la mayor parte de ellas por el temblor que presentaban los sujetos al observarlos (trazado 31).

Los trazados que dan las mujeres EMBARAZADAS, deben estudiarse bajo dos puntos de vista: 1°, en las que no presentan edema de los miembros inferiores; 2°, en las que presentan ese edema. La edad de las mujeres observadas han variado entre los quince y los treinta años. Algunas al examen clínico han presentado hipertrofia cardíaca; otras dilataciones del corazón derecho y por último algunas otras, otras lesiones que se enumeran en cada uno de los trazados.

No se ha encontrado en ninguna de ellas, al examen químico, albúmina en la orina.

Las embarazadas normales, en las que se ha estudiado la pulsación, no han presentado ninguna lesión ni del aparato circulatorio, ni del renal.

El signo en éstas, difiere del normal en que las ondulaciones secundarias son más suaves, llegando á veces hasta desaparecer, siendo reemplazadas por una línea recta horizontal. Los vértices se modifican ligeramente redondeándose (trazados 33, 34, 35, 36, 39, 40).

Las que tienen hipertrofia cardíaca, presentan la pulsación mucho más fuerte, es decir, hay mayor impulsión pero siempre persisten la pequeñez ó la casi anulación, de las ondas secundarias (37, 38, 41, 42, 53 y 56).

El trazado 43 es de una mujer que presentaba taquicardia (120 pulsaciones radiales por minuto).

El trazado del pie presenta también esa numerosa serie de pulsaciones, y continúa constatándose siempre las alteraciones indicadas en los casos anteriores, para las ondas secundarias.

CUADRO COMPARATIVO

DE LOS TRAZADOS OBTENIDOS EN SUGETOS NORMALES Y EN DIVERSOS ESTADOS PATOLÓGICOS

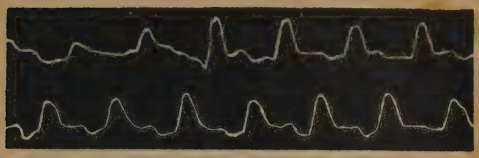


Fig. 145 Trazado normal del pie.

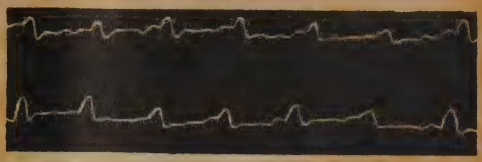


Fig. 147 Trazado del pie.—Embarazo de 8 meses. —Hipertrofia cardíaca, edema regular.

Fig. 146 Trazado del pie.—Embarazo de 8 meses.—Ligera hipertrofia cardíaca.

Fig. 148 Trazado del pie. — Embarazo. — Gran edema.

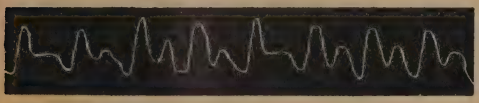


Fig. 149 Trazado del pie.—Insuficiencia aórtica.

Fig. 150 Trazado del pie.—Insuficiencia mitral.

Fig. 151 Trazado del pie.—Estrechez mitral.

Fig. 152 Trazado del pie.—Enfermedad mitral.

Fig. 153 Trazado del pie.—Arterioesclerosis.

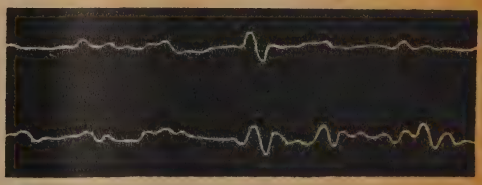


Fig. 154 Trazado del pie.—Miocarditis crónica.

Fig. 155 Temblor.—Alcoholismo crónico.

Fig. 156 Gran temblor.—Paralisis agitante.

2ª Las embarazadas que tienen EDEMA de los miembros, proporcionan un trazado del pie, que ha sufrido algunas alteraciones, más ó menos pronunciadas, según sea mayor ó menor la cantidad de edema que presentan.

Los cambios en el gráfico se efectúan especialmente en la línea de ascenso, la que se alarga, se hace ondulosa y tiende á hacerse horizontal. El alargamiento de esta línea y sus ondulaciones parece se hicieran á expensas de la línea de descenso, que se acorta y se hace recta.

Diríase que es un signo en el que se ha invertido el orden de las líneas de ascenso y de descenso. Cuando hay gran edema, las curvas ascendentes y descendentes casi desaparecen.

El vértice se redondea ó se aplana (trazados 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53).

En el trazado 52, nótese la diferencia que existe entre el rasgo superior, que corresponde á la pierna derecha y el inferior, que lo es de la izquierda. Esta última tenía más edema y de consiguiente se observa mayor alteración en el signo.

El número 54, es de una mujer con embarazo de 9 meses, que presentaba pigmentos biliares, al análisis químico y espectroscópico de la orina.

El trazado superior pertenece al pie derecho y el inferior al izquierdo.

Esta enferma presenta al mismo tiempo, un gran edema de los miembros inferiores.

El número 55, es del mismo sujeto obtenido después de diez minutos de la aplicación de compresas frías, alrededor de la pierna.

Pueden apreciarse en estos trazados, las alteraciones que experimenta el pulso del pie, cuando existen al mismo tiempo, que una intoxicación, edemas periféricos.

En los trazados del N° 57 al 61, puede notarse la diferencia que existe entre los diversos casos, según sea mayor ó menor la cantidad de edemas periféricos existentes.

(*Concluirá*).

BIBLIOGRAFÍA

ESTUDIOS SOBRE ENFERMEDADES DE MUJERES

EL RASPADO DEL ÚTERO

Por el Dr. E. Tornú

Jefe de clínica del servicio de enfermedades de mujeres del Hospital San Roque, etc., etc.

La aparición de un libro científico nacional, debe siempre ser mirado como un acontecimiento en un país donde las producciones de esta índole son tan raras y tan poco provechosas para su autor, y tanto más tratándose de algo que se relacione con las ciencias médicas.

La cirugía nacional ha hecho tan grandes progresos en los últimos años, que como muy bien lo dice el Dr. Tornú: « Aquel que haya vivido apartado de los hos- « pitales desde el 90 hasta la fecha, se encontraría hoy « completamente perdido y como en un país descono- « cido », una de las ramas de ésta, la Ginecología, es la que ha avanzado tal vez más sobre las otras, y una prueba palpable de esto último es el libro cuya aparición anunciamos.

Era una necesidad sentida. Porque alentados por los éxitos felicísimos conseguidos por distinguidos colegas especialistas en operaciones reputadas de la más alta cirugía, y ayudados por conocimientos teóricos que se creían suficientes y dotados de una clara inteligencia, muchos médicos no especialistas y sin el necesario contacto con los operadores antes mencionados para el cabal conocimiento de la *antisepsia práctica*, emprendían operaciones de diversas índoles, con resultados necesariamente contrarios á lo que ellos y los enfermos se esperaban; de ahí el descrédito de muchas operaciones que bien ejecutadas son un precioso medio de curación

El libro del Dr. Tornú, cuyo primer volumen, el « Raspado del útero », acaba de aparecer, viene precisamente á aleccionar á esas personas con las observaciones por él recogidas en la clínica y en las salas de operaciones.

El mismo autor dice que este trabajo es principalmente para los estudiantes, médicos no especialistas, y aun para éstos, cosa que reconocemos como verdaderamente cierta.

En general, el libro es muy completo, bien ordenado, sus observaciones son lógicas y sensatas y sus conclusiones prueban que su autor, posee la materia teórica y prácticamente.

Nuestra franca opinión queda condensada en el párrafo anterior, pero como toda obra humana tiene sus lunares: el principal es á nuestro modo de ver, su espíritu belicoso, que tendrá sus razones en el autor, mas creemos que el libro no hubiera perdido nada y ganado mucho en seriedad si se hubiese manifestado en otra forma.

No es nuestro ánimo criticar en detalle cada uno de los párrafos que trata este interesante opúsculo, por cuanto nos llevaría demasiado lejos, sin ningún provecho práctico y sería más bien de cuestiones doctrinarias.

El Dr. Tornú ha tenido una feliz idea, que aplaudimos de veras y desearíamos que fuese imitada por otros autores entre nosotros, y es la de consultar sus opiniones al respecto, á nuestros distinguidos cirujanos y ginecólogos, y solamente lamentamos que este llamado no haya sido respondido por todos, lo que tal vez hubiera dilucidado puntos con más amplitud de lo que están tratados.

Los dilatadores mecánicos, el uso de las pinzas en las retenciones, las perforaciones uterinas, las indicaciones del raspado en la septicemia puerperal generalizada, el anestésico más conveniente, etc., son todas cuestiones que requerían mayor discusión y en las cuales disentimos algo con el autor, pero que esto no obvia para que reconozcamos el mérito á sus observaciones al respecto y que recomendemos su estudio.

En resumen, debemos felicitar al Dr. Tornú, por su trabajo, que según nuestros conocimientos es lo más completo en lo nacional y extranjero, que se haya escrito sobre el « Raspado del útero ».

Que no desmaye hasta terminar su obra completa, *Estudios sobre las enfermedades de las mujeres*, y que

recoja los frutos á que se ha hecho acreedor con su dedicación al estudio y su perseverancia, es lo que deseamos para bien de la ciencia nacional y para honra y provecho del autor.

DRES. T. Y R.

REVISTA DE LA PRENSA

CADET DE GASSICOURT.—*La traqueotomía y la intubación fuera de los hospitales.* (Academia de Medicina de Paris).

La intubación inventada por el doctor Bouchut cayó en el olvido á causa de lo defectuoso del instrumento que se empleaba, y de su difícil manejo. A los veintitres años volvió de América completamente reformada por el doctor O'Dwyer. Fué aceptada en su país, pero en Francia, donde, á pesar de lo que hicieron en su favor algunos clínicos, no se aceptó hasta el advenimiento de la seroterapia. Con ésta, las condiciones del nuevo método son mucho más ventajosas; las membranas se desorganizan mucho antes, y así se evitan las consecuencias funestas, debidas á la permanencia prolongada del tubo en la laringe.

No quiere decir esto que haya que abandonar en absoluto la traqueotomía, pero sus indicaciones son mucho más raras. Como dice Sevestre, la intubación es el método electivo en la intervención operatoria del crup; la traqueotomía debe reservarse á los casos especiales.

La intubación se descompone, como es sabido, en dos operaciones sucesivas: introducción y extracción del tubo. Si se practicaran sin accidentes en fechas fijadas de antemano, nada habría más sencillo; pero no sucede así, y las condiciones varían en el enfermo sometido á la intubación y el traqueotomizado. Hay diferencias capitales entre el tubo y la cánula: ésta es doble, aquél simple. Si por cualquier motivo el enfermo presenta dificultades respiratorias, basta, después de la traqueotomía, extraer y limpiar la cánula interna, mientras que después de la intubación hay que hacer la extracción completa del tubo. La primera operación es insignificante, la segunda muy difícil, y expone á los peligros de la asfixia.

Por estas razones se ha desechado la intubación en la mayor parte de las Clínicas infantiles de París. A estas objeciones contesta del modo siguiente el doctor Ballenghien,

que es partidario de la intubación, lo mismo en la clientela privada que en la hospitalaria.

Manifiesta ante todo que la intubación sólo es practicable donde hay personas hábiles á quienes pueda confiarse la vigilancia de los enfermos. Su cometido se simplifica atando al tubo un hilo con el que es fácil extraerlo. Si se le objeta que este hilo dificulta la deglución, que sirve para los cultivos microbianos, que puede servir para que extraiga el tubo cualquier enfermo indócil, responde que la deglución se dificulta pocas veces, que los microbios no necesitan del hilo para formar colonias, y que colocando un chal ancho alrededar del cuello de los niños, se evita que puedan extraer el tubo.

¿Pero cómo, pregunta el doctor Cadet de Gassicourt, podrán evitarse los accidentes cuando se imponga, por ejemplo, la extracción del tubo por la acumulación de falsas membranas, ó cuando el tubo sea expulsado durante un esfuerzo de tos, cosa más fácil con el tubo corto de Bayeux? El enfermo, en este caso corre peligro de asfixiarse.

A esta eventualidad responde el doctor Ballenghien que el niño en estas condiciones no se asfixia en un minuto, y aconseja al operador ver á su enfermo de tres en tres horas.

C. no se atreve á seguir su ejemplo, y considera, igual que sus colegas de los hospitales de niños, la intubación impracticable por ahora cuando el operador tiene que abandonar los enfermos.

S. Arloing y P. Courmont.—*Estudio sobre el modo de empleo y el valor clínico de la aglutinación del bacilo de Koch por el suero sanguíneo del hombre.* (4º Congreso de la Tuberculosis).

Continuando las investigaciones relativas á este asunto, han empleado de preferencia cultivos homogéneos en caldo glicerinado, de ocho á doce días de edad; la mezcla del suero con el cultivo se hace en las proporciones de 1 por 5 á 1 por 20, en tubos, en los que se observa fácilmente á simple vista la formación de un depósito de las substancias aglutinadas, y la clasificación del líquido en un tiempo que varía de unas cuantas horas á un día, límite que no debe excederse:

1º En los tísicos con lesiones avanzadas (26 enfermos), la reacción fué positiva en el 92 por 100 de los casos, negativa

en el 7 por 100. En 2 tuberculosos con cavernas no hubo aglutinación.

2º En los tuberculosos con lesiones poco avanzadas, pleuresías, infiltraciones de los vértices (22 enfermos), la reacción fué positiva en el 95 por 100 de los casos. Faltó en uno solo, en el que el examen bacteriológico no confirmó el diagnóstico.

3º En los casos de tuberculosis quirúrgica (adenitis, artritis, etc.), la reacción fué siempre positiva, pero muchas veces débil.

4º En las personas no tuberculosas y en las sanas, el suero es casi siempre no aglutinante; en ciertos casos lo es ligeramente; en algunos casos raros, la sero-reacción es fuerte. Los autores creen que se trata en estos casos de tuberculosis latente, según demuestra la autopsia muchas veces. La existencia casi constante de la sero-reacción en los casos de tuberculosis poco avanzada, da grandes esperanzas para el sero-dignóstico de la tuberculosis incipiente.

En resumen: la sero-reacción puede ser un dato importantísimo para el diagnóstico precoz de la tuberculosis.

P. Courmont.—*Sero-diagnóstico de los derrames tuberculosos de las serosas.* (4º Congreso de la Tuberculosis).

Los medios bacteriológicos actuales de que disponemos para el diagnóstico de un derrame tuberculoso, son infructuosos (descubrimiento de los bacilos), ó de aplicación difícil y lentos (inoculación de líquido á los conejillos de Indias). La aglutinación del bacilo de Koch en cultivo líquido homogéneo, por el líquido del derrame, es por el contrario un procedimiento de sero-diagnóstico rápido y fácil. Ha experimentado con 45 líquidos de serosas (pleuresías, ascitis, artritis, hidrocele, etc.), en 11 pleuresías clínicamente tuberculosas, 10 dieron la sero-reacción positiva; en el único caso de reacción negativa, la inoculación del conejillo de Indias fué negativa también, y hace dudar de la naturaleza tuberculosa de la pleuresía; en nueve derrames clínicamente no tuberculosos, 4 dieron la sero-reacción positiva; en los 5 en que fué negativa se practicó dos veces la autopsia, y demostró que no se trataba en efecto de tuberculosis. En 12 ascitis, 5 debidas á la peritonitis tuberculosa, dieron la reacción aglutinante, y en 7 producidas por cirrosis hepáticas fué negativa. En el caso de afecciones articulares, de hidrocele,

de meningitis, etc., la falta ó existencia de la sero-reacción, es un elemento de diagnóstico que concuerda con la clínica.

Por consiguiente: 1º En toda serosidad no tuberculosa no se observó la reacción aglutinante.

2º Casi todas las serosidades clínicamente tuberculosas produjeron la aglutinación.

3º Estos hechos prueban que la sero-reacción positiva puede servir para diagnosticar la naturaleza tuberculosa de un derrame, y el estudio de los casos anteriores viene en apoyo de la teoría, que sostiene que la mayor parte de las veces, los derrames inflamatorios de las serosas son tuberculosos.

J. O. Hirschfelder — *Tratamiento de la tuberculosis por medio de la oxituberculina.* (4º Congreso de la Tuberculosis).

La idea directriz que ha inducido á H. á fabricar la oxituberculina, le ha sido inspirada por la célebre observación de Spencer Wells, quien desde el año 1864 ha comprobado que la peritonitis tuberculosis puede curar con una rapidez sorprendente á consecuencia de una simple laparotomía exploradora. En este caso, no parece dudoso el papel del aire, como tampoco lo parece que éste ha de obrar oxidando los productos tuberculosos. Esta consideración es la que le ha inducido á suponer que la tuberculina puede formar su propia antitoxina por medio de la oxidación.

Desde el año 1896 viene estudiando este asunto. Primero empleó la tuberculina de Koch; ahora prepara él mismo la tuberculina, cultivando el bacilo en caldo de vaca, al cual se le adicionan, por litro, 40 gramos de glicerina, 10 de peptona, 5 de cloruro de sodio y 3 cm. cúb. de disolución normal de carbonato de sosa. Los cultivos hechos en este medio son muy virulentos; matan al cobayo en menos de tres semanas. Esterilizándolos mediante el calor y filtrándolos, se obtiene la tuberculina.

Faltaba encontrar un medio de oxidar la tuberculina sin destruirla. Para ello emplea agua oxigenada á 10 volúmenes; calienta la tuberculina á 100º durante ciento veinte horas seguidas (esta cifra ha sido fijada después de numerosos experimentos comparativos, que han demostrado que de ese modo se llega al máximum de efecto útil); cada doce horas se añaden 100 centímetros cúbicos de agua oxigenada. Una vez terminado el trabajo de oxidación, se alcaliniza un poco el

líquido con la sosa, se deja reposar, se decanta y se añaden, para conservar la oxituberculina, 2 por 100 de ácido bórico y 3 por 100 de glicerina.

El producto obtenido ha perdido por completo las reacciones de la tuberculina, así es que nunca provoca elevación de temperatura cuando se le inyecta á animales, estén éstos sanos ó tuberculosos. Está desprovisto de toda toxicidad, pudiéndosele inyectar en las venas de un animal sin que produzca efectos aparentes en las funciones de los diversos aparatos.

La inocuidad de la oxituberculina la distingue de un modo radical de la tuberculina, siendo también completamente diferentes los efectos de los dos líquidos sobre los cultivos tuberculosos. Así, mientras que añadiendo una cantidad dada de tuberculina á la misma cantidad de caldo no se impide en manera alguna que se desarrolle en este medio el bacilo de Koch, se observa, por el contrario, que tan pronto como un caldo contiene $^{7}/_{20}$ de oxituberculina, ya no pueden desarrollarse en él los bacilos.

Ha empleado H. la oxituberculina en inyecciones subcutáneas en gran número de tuberculosos, á dosis que variaban de 5 á á 20 cm. cúb. y más aún, subordinando el número de inyecciones y la duración del tratamiento á la forma clínica de la enfermedad. Los resultados animan á proseguir tales ensayos. El gran número de mejorías y de curaciones obtenidas demuestran que esta medicación tiene un gran valor terapéutico. Más aún: en un caso, por medio de las aplicaciones locales de oxituberculina, se ha obtenido la curación de una tuberculosis cutánea que había resistido á todos los demás tratamientos.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Diciembre 15 de 1898 Nº. 23

ENSAYO SOBRE UN NUEVO SIGNO CLÍNICO

LA PULSACIÓN DEL PIE

por el Dr. **Silvio Tatti**

Del Hospital Rivadavia

(Conclusión)

TERCERA PARTE

ESTUDIOS DE LOS CAMBIOS DE ESTE SIGNO EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Se han estudiado los cambios que experimenta el signo en la INSUFICIENCIA AÓRTICA de *tipo cardíaco* y en la INSUFICIENCIA AÓRTICA de *tipo arterial ó* ENFERMEDAD *de* HODGSON.

En los primeros casos el signo ha presentado los siguientes caracteres: la línea de ascenso es recta como en los trazados normales, el vértice es mucho más redondeado y la principal alteración se ve en la línea de descenso, que presenta una sola curva secundaria muy pronunciada, la que á su vez tiene el vértice aplanado.

He aquí la historia clínica con los datos más importantes de algunos casos que nos han servido para obtener los trazados.

Trazado número 62

Diagnóstico clínico: *Insuficiencia aórtica.—Hipertrofia del ventrículo izquierdo.—Dilatación del ventrículo derecho.—Congestión hepática - Edema generalizado. Pulso capilar visible.*

Hombre adulto que ha presentado tres años antes fiebre tifoidea.

A la inspección del tórax se notan pulsaciones de ambas carótidas.

La punta se ve latir y se siente en el 5º espacio intercostal, sobre la línea mamilar. La percusión fija el borde superior del corazón, en el borde superior de la 2ª costilla. El borde externo á dos traveses de dedo por fuera del mamelón. El borde interno á 1 centímetro á la derecha del borde derecho external. La matitez hepática empieza en el borde superior de la 5ª costilla sobre la línea mamilar y el borde libre se encuentra á un través de dedo del reborde costal. La percusión es algo dolorosa en esta región. A la auscultación se oye un soplo diastólico suave, en todos los focos, pero mucho más intenso en el foco aórtico, segundo espacio intercostal derecho. El soplo se propaga á la largo del esternón.

El pulso radial es algo irregular y desigual, frecuente, depresible y amplio. Se puede oir cuando se ausculta la arteria crural comprimiéndola, el doble soplo intermitente crural de Duroziez.

Hay pulso capilar observable en las uñas de la mano, pero no se puede ver en el istmo de las fauces; no hay tampoco latidos amigdalianos, ni vaivén de la úvula, falta pues el signo de Fred. Müller.

Los números 64 y 66, han sido obtenidos de sujetos: con insuficiencia aórtica de tipo cardíaco. El primero presentaba además de la lesión valvular, una esclerosis pulmonar del lóbulo superior izquierdo.

El 65 presenta otros caracteres distintos de los anteriores, pues la línea de descenso en los trazados se ha modificado, desapareciendo sus curvas por la existencia de edemas periféricos. La línea de ascenso en cambio se ha alargado. Pero téngase en cuenta, que para la apreciación de los edemas por el estudio de este trazado es necesario recordar la existencia de la insuficiencia aórtica, que nos da siempre un gráfico muy dicroto y parece que en estos casos cuando hay edemas, las alteraciones son más notables en la línea de descenso, porque falta la onda secundaria, alargándose algo la línea de ascenso.

Anteriormente hemos visto que los trazados que dan las mujeres embarazadas con edemas periféricos, pero sin lesiones cardíacas, se caracterizaban especialmente por un alargamiento de la línea de ascenso y en compensación un acortamiento de la de descenso, que se hace recta desapareciendo las curvas.

En la *enfermedad de Hodgson*, la pulsación del pie presenta curvas irregulares y desiguales.

Los movimientos son pequeños y se aproxima el rasgo gráfico en algunos puntos á los obtenidos en la arterioesclerosis, como veremos más adelante.

Número 68—Historia clínica

Diagnóstico: *Insuficiencia aórtica por aortitis crónica (enfermedad de Hodgson).*

Mujer de 48 años. Desde mucho tiempo atrás experimenta opresión después de una fatiga ó de un esfuerzo muscular; posteriormente hubo ataques de angina de pecho; en la palpación se nota que la aorta está á la altura de la horquilla esternal y sus latidos se sienten también en el primer espacio intercostal derecho.

A la percusión cardíaca, revela una hipertrofia del órgano.

A la percusión la matitez de la aorta sobrepasa el borde derecho esternal.

A la auscultación se oyen en la punta los tonos fuertes, en el foco pulmonar lo mismo. En el foco aórtico hay doble soplo de timbre suave y aspirativo.

Pulso radial duro, pequeño, frecuente, irregular. Hay disnea.

En el Nº 70, los movimientos del pie son más frecuentes que en el caso anterior, porque el enfermo presenta 38º de temperatura.

Diagnóstico clínico: *Insuficiencia aórtica y dilatación aórtica por aortitis crónica. Tuberculosis pulmonar crónica.*

Del estudio de estos y otros diversos trazados, podemos llegar á establecer que la pulsación del pie en la insuficiencia aórtica, ó enfermedad de Corrigan, se caracteriza por un trazado muy *dicroto* (trazados 62, 64, 66).

Que en la *enfermedad de Hodgson* ó insuficiencia aórtica de origen arterial da un trazado irregular. (trz. 68-70.)

Trazado núm. 75

Diagnóstico clínico: *Insuficiencia y estrechez aórtica, hipertrofia cardíaca.*

Soplo sistólico ydiastólico en la base. No hay doble soplo crural.

El trazado del pie, presenta el vértice muy aplanado y la línea de descenso ha perdido sus curvas secundarias. Los movimientos están dotados de fuerte impulsión.

El pulso radial es frecuente y algo desigual.

En la insuficiencia mitral, el pulso del pie presenta las ondas secundarias muy pronunciadas y en algunos movimientos, se nota que alguna de las curvas secundarias se agrandan tanto, que llegan hasta confundirse con la pulsación real.

Los movimientos pulsátiles del pie son irregulares y desiguales.

El trazado 77 es obtenido de un sujeto cuya lesión no está compensada.

Los vértices son todos aplanados, á pesar de que el pulso radial no presenta esa particularidad, sino que es irregular y desigual.

Número 77.—Historia clínica

Diagnóstico: *Insuficiencia mitral por endocarditis reumática.—Disnea, edema de las piernas.—Congestión hepática.*

Mujer de 28 años de edad.

Tuvo tres partos y hace dos años reumatismo articular agudo. Desde un año y medio empezó á sentir disnea, que se producía especialmente al subir escaleras, viéndose obligada á detenerse en ella dos ó tres veces.

Palpitaciones cardiacas. A veces cefalalgia, tendencia al sueño después de las comidas. Torpeza intelectual. *Estado actual*: á la inspección la región precordial está bombeada.

La punta se ve y se siente en el 6º espacio intercostal, sobre la línea mamilar.

A la palpación se notan movimientos pulsátiles en la región epigástrica y al mismo tiempo puede percibirse un lijero fremito catareo sistólico, cuando se agita el sujeto.

A la percusión se encuentra la matitez cardíaca muy aumentada.

A la auscultación se oye un soplo sistólico fuerte y vibrante, cuya mayor intensidad está en la punta del corazón. Se extiende á la axila y se oye muy débil en el dorso del enfermo. Hay además, lijeras irregularidades del corazón.

El pulso radial es algo irregular y desigual. Hay disnea. No hay edemas periféricos.

El número 79 es una insuficiencia mitral, con congestión hepática y disnea.

Poca hipertrofia cardíaca; hay edemas periféricos. Compárense los trazados del pie de este enfermo con los obtenidos en el caso anterior y podrá verse que este último indica mayor desequilibrio circulatorio desde que la compensión no está efectuada.

Las números 81, además de la lesion mitral, presenta

edema de los miembros y entonces todas las curvas disminuyen.

El número 82 y 84, son obtenidos después de haberse sometido las enfermas á tratamiento, habiendo tomado la primera tres días antes al de la obtención de trazado, 30 gotas de digitalina, y en el segundo caso todo tratamiento ha sido suspendido desde hace tiempo, por no existir síntomas de alteraciones circulatorias.

En ambos casos puede verse que el trazado del pulso del pie tiende, cuando la presión circulatoria se regulariza á aproximarse al trazado normal.

Del estudio de los trazados obtenidos en la insuficiencia mitral, podemos llegar á establecer que la característica gráfica es un trazado *tricoto*.

En la *estrechez mitral pura* (*Enfermedad de Duroziez*), el signo se distingue especialmente por una alteración en la línea de descenso.

Esta está constituído en la siguiente forma; 1º se ve una línea oblicua, corta, que se continúa con otra completamente horizontal, terminándose ésta por otra línea oblícua corta. Las ondulaciones secundarias han desaparecido y hay rigidez de líneas, aplanamiento ó redondeado de los vértices.

Los trazados 85 y 87 pertecen á una misma enferma, el primero tomado antes de someterla á tratamiento y el segundo después de un mes de tratamiento. Como podrá verse en ambos trazados, no hubo ninguna modificación en el signo del pie, ni en el pulso radial.

Números 85 y 87.—Historia clínica

Diagnóstico: *Estrechez mitral pura. Congestión pulmonar. Palpitaciones. Disnea de esfuerzo. Bronquitis.*

La enferma tiene como antecedentes diversas hemoptisis y es examinada pocos días después de la última. Tos frecuente, con esputos sanguinolentos fuera de las hemoptisis.

Adelgazamiento.—Disnea al hacer trabajo de algún esfuerzo.—*Estado actual.* La punta no se ve; se siente débilmente en el quinto espacio intercostal izquierdo.

Ningún otro elemento nos suministra la inspección del torax, á excepción de la respiración que es de ritmo algo acelerado, aunque regular.

Por la palpación sobre la región cardíaca se siente un fremito catario presistólico y el choque cardíaco es débil, cuyos síntomas aumentan cuando se agita la enferma; matitez cardíaca normal.

El pulso radial es algo irregular, frecuente, dicroto, de vez en cuando presenta dos ó tres pulsaciones muy rápidas, no observando esta lijera aritmia, ninguna regularidad.

La auscultación da á conocer la existencia de un soplo presistólico, en la punta; desdoblamiento del segundo tiempo, que no varía con los movimientos de la respiración, y por último, un *roulement* diastólico, muy fuerte.

Los mismos datos se observan en los demás focos cardíacos y aun sobre toda la superficie de la región Notándose que el desdoblamiento del segundo tiempo, es más fuerte al nivel del segundo espacio intercostal sobre el esternón. El examen del tórax indica la existencia de una bronquitis mediana y de congestión de las bases.

Se administran purgantes y diuréticos, más adelante estrofantus. Dieta láctea.

Al mes de tratamiento, los signos físicos permanecen idénticos, pero los funcionales se han modificado, pues ya no existe la congestión pulmonar y la bronquitis ha cedido mucho. En este instante se toma el segundo trazado del pie.

En la insuficiencia y estrechez mitral (Trz. 89, 90, 91 y 92) las pulsaciones del pie son muy pequeñas, irregulares y desiguales. De vez en cuando alguna pulsación algo más fuerte, sobresale de una línea muy ondulosa.

La diferencia que existe entre los N°s. 89 y 91, es debida á que en el primero había edemas, y en cambio en el segundo no existían.

En el 93, se ve un signo asociado. Existen las ondulaciones de la insuficiencia mitral, las grandes pulsaciones de la insuficiencia aórtica y, por último, la irregularidad de la aortitis y de la miocarditis.

Vamos á entrar ahora á estudiar los trazados obteni-

dos en las *arterioesclerosos*, en sus diversos períodos, y hemos de poder notar que los cambios que experimenta el signo, son tan netos y tan precisos, que seguramente en adelante nos facilitarán la tarea de establecer el diagnóstico de aquella enfermedad, justamente en sus *primeras manifestaciones*.

Las observaciones que se estudian, han sido recogidas en aquellos casos en que el diagnóstico clínico no admitía dudas.

¿Y podría ser de otro modo, cuando aun no conocemos un medio de diagnóstico que nos permita reconocer la arterioesclerosis en su principio?

El trazado del pie en esta enfermedad, llama inmediatamente la atención por la diversidad completa que presenta con los gráficos ya estudiados.

Su trazado se distingue, y es ello característico, por una gran disminución de la pulsación principal y de las ondas secundarias.

De manera que el trazado que se obtiene de una serie de movimientos, no constituye sino una larga línea ligeramente ondulosa, con algunas pulsaciones de vez en cuando, que tampoco llegan á ser grandes y no guardan ninguna regularidad en su disposición, lo que indica que existen espasmos de capilares y arteriolas. (Tr. del 95 al 108 y del 110 al 111).

El número 104 tenía hipertensión arterial, y en el trazado puede notarse los cambios de las ondas secundarias, que se hacen casi rectilíneas ó bien son reemplazadas por curvas muy débiles.

Hay irregularidad y desigualdad de las pulsaciones; hay, pues, aritmia del pulso del pie, á pesar de que el pulso radial era regular é igual.

Estudiando este trazado había podido diagnosticar una arterioesclerosis en principio, como pude así comprobarlo dos años más tarde, cuando las lesiones estaban tan avanzadas, que el diagnóstico se imponía.

El 109, en cambio, es una arterioesclerosis de tipo cardíaco y de mediana intensidad.

Se puede notar la desaparición de las ondas secundarias, persistiendo aún la pulsación principal, pero con el vértice aplanado.

El 112, es también una arterioesclerosis generalizada,

en un hombre de hábitos alcoholistas; se puede notar en el trazado la incertidumbre de las pulsaciones, á pesar de que no existiera temblor aparente de las extremidades.

Los movimientos pulsátiles del pie, en la afección que estudiamos, disminuyen notablemente en frecuencia.

El signo ha sufrido, pues, tanta transformación en esta enfermedad y desde que así lo han revelado todos los casos de arterioesclerosis estudiados, que podemos decir que se ha *transformado en síntoma seguro de esta afección.*

Con respecto al carácter del trazado, puede clasificársele como *acroto*, entendiendo decir por esto, abolición de las ondas secundarias y ligera persistencia de la primera.

He aquí la historia clínica de algunos de los casos que nos han servido para obtener el trazado:

Nº. 95. Diagnóstico: *Arterioesclerosis cardíaca, forma arítmica; congestión pulmonar. — Disnea.*

Hombre de 46 años, con antecedentes de alcoholismo.

Desde mucho tiempo siente palpitaciones cardíacas dolorosas. Disnea muy manifiesta si camina muy apurado, ligero edema de los miembros inferiores en diversas épocas. Dolor en el pecho casi permanente, á veces vómitos y diarreas.

Estado actual.—A la inspección del tórax, se nota un levantamiento débil de toda la región cardíaca, visible sin duda, por el estado de demacración del sujeto. No hay edemas periféricos. Emisión escasa de orina, pero tiene épocas de abundante secreción. A la percusión se encuentra aumentada la matitez cardíaca. La punta no se ve y por la palpación se siente el choque muy difuso, las contracciones muy débiles. A la auscultación no existen soplos en ningún foco, pero los tonos cardíacos se oyen sordos y alejados, irregulares y desiguales.

Pulso radial frecuente, irregular, desigual.

En la mayor parte de los casos de arterioesclerosis estudiados, ya sean de tipo cardíaco, renal ó hepático, se ha notado siempre una disminución muy sensible de la pulsación de la pierna, con respecto al pulso radial.

Así, en el caso N°. 95, hay 74 pulsaciones radiales y 60 movimientos del pie.

En el N°. 98. 70 radiales, 58 movimientos del pie.

»	»	100, 101, 102.	51	radiales,	48	mov.	del	pie
»	»	103.	68	»	60	»	»	»
»	»	105 y 106	84	»	72	»	»	»
»	»	110 y 111	82	»	70	»	»	»

El número de movimientos del pie, es casi siempre menor en 10 ó en 12 pulsaciones con relación al pulso radial.

La *miocarditis crónica* da en el trazado una serie de ondulaciones casi todas iguales, sucedidas por una pausa representada por una línea ligeramente ondulada, más ó menos larga y que no guarda relación con las alteraciones del pulso radial.

Hemos llamado *ondulaciones sucesivas* á esta serie de movimientos seguidos ó interrumpidos por una pausa. El signo se caracteriza, sobre todo, por la irregularidad y la desigualdad de las pulsaciones del pie, notándose inmediatamente las modicaciones que provocan en él la coexistencia de hipertrofia cardíaca ó de dilatación cardíaca.

La primera suele producir una fuerte pulsación, más ó menos frecuente, que llena los caracteres del signo normal, á excepción de la mayor espansión.

En las lesiones combinadas de hipertrofia y de dilatación cardíaca pueden verse también las ondulaciones sucesivas y á veces una pulsación fuerte, con los caracteres ya descriptos. Pero la impulsión de los movimientos es siempre menor que en el caso anterior.

Estudiemos el trazado 123, á la luz de los conocimientos que hemos adquirido hasta aquí, con respecto al estudio de los trazados en las diversas enfermedades, y nos encontraremos con lo siguiente: Un enfermo con miocarditis crónica, hipertrofia cardíaca, ritmo de galope; gran edema, *nos debe* dar un trazado con los siguientes rasgos:

Con las ondulaciones sucesivas, no precisamente las ondulaciones de la miocarditis pura, sino con impulsión irregular y fuerte. Esta última cualidad, debida en gran

parte á la hipertrofia existente y con pulsaciones fuertes separadas entre sí, que responden á la misma causa.

Los vértices deberán ser aplanados por la existencia del gran edema, no persistiendo los demás caracteres propios de este último, por la influencia causada por la lesión combinada.

No he podido encontrar la relación que pueda tener el ritmo de galope con el signo del pie, por haber observado pocos casos que tuvieran ese síntoma.

El 124, nos proporciona una vez más la observación que el signo del pie indica alteraciones diversas que las que nos puede suministrar el estudio del pulso radial.

El 128 y el 129 pertenecen á un hombre neurasténico con grandes palpitaciones y aritmia cardíaca.

Puede verse que el signo tiende siempre á hacerse normal; diríase que las arteriolas y los capilares luchan para regularizar la circulación general.

Estudiemos ahora el núm. 130: la miocarditis dará ondulaciones sucesivas; la hipertrofia cardíaca algunas grandes pulsaciones. A pesar de que se ha reconocido á la percusión, la hipertrofia cardíaca, el pulso radial no lo demuestra, tal vez porque la arteria podía estar afectada; el signo del pie si lo indica, explicándose esta disparidad de observación, porque aquél es dirigido sobre una sola arteria y en cambio en el signo se aprecian gran cantidad de arteriolas y capilares.

El 132 es una taquicardia y de consiguiente no se verá sino una numerosa serie de pulsaciones fuertes.

Pasemos ahora á conocer los resultados que se han conseguido del estudio del signo, en otras enfermedades que no pertenezcan al aparato circulatorio.

E inmediatamente podremos ver los datos, que aún puede proporcionarnos la observación de la extremidad del pie en la posición descripta.

Cuando se va á obtener el trazado del pie en un sujeto cualquiera, al aplicar el aparato y al hacerlo funcionar sin previo aviso del fin que se persigue,

podrá verse que en muchos de ellos, la pierna superior tiembla ligeramente, dato que es confesado á veces por el observado y otras descubierto por la vigilancia de la aguja.

En contra de lo que podría esperarse, este temor infundado existe con más frecuencia entre los hombres que entre las mujeres. A esto hemos llamado *temblor impresional.*

Los colocados en esas condiciones producen un trazado del pie, como se ve en los núms. 133 137, es decir, una serie de movimientos rápidos y seguidos, que son más ó menos regulares y que van alternados con verdaderas pulsaciones normales. Cuando el temblor es más rápido da un trazado idéntico al 142.

La sensación conocida con el nombre de hormigueo, que se produce después de tener la pierna largo tiempo cruzada, da un signo que reune los mismos caracteres que el núm. 137, siendo la serie de movimientos rápidos más pobres y habiendo sufrido también la pulsación normal intercalada modificaciones.

Cuando la sensación es más intensa, los movimientos que hemos llamado rápidos y que se caracterizan en el gráfico por una línea recta de ascenso, un vértice agudo y una línea recta de descenso sin ninguna curva, se suceden con suma frecuencia haciéndose más pequeños (Trz. 139).

Los *temblores* producidos por la *intoxicación crónica alcohólica,* cuando son poco intensos asumen también los mismos caracteres. Así en los trazados 140 y 141, puede verse que el que corresponde á la pierna izquierda tiene menos movimientos rápidos que el de la pierna derecha, lo que indica que en la una había más temblor que en la otra.

Pero, cuando el temblor es bien franco, se ven los movimientos de espansión rápida y de impulsión fuerte.

Diversos movimientos se agrupan formando series, y en ellas hay irregularidad y desigualdad en la espansión.

Las series están separadas entre sí por una ó dos pulsaciones normales.

El tiempo en que se desenvuelve es también desigual

(Trz. 134.) En estos trazados notamos, pues, series constituídas por varios *movimientos irregulares* y *desiguales*.

En los temblores de los miembros provocados por la *parálisis agitante,* las series de movimientos son más cortos, tienen la misma espansión ligera y la impulsión sumamente fuerte; otro dato que podemos recoger observando una de las series de movimientos rápidos, es que los primeros movimientos de la serie tienen menos impulsión que los centrales, pues ésta va aumentando hasta llegar al centro, para de allí volver á declinar rápidamente, es decir, que se desenvuelven casi dentro de un círculo, y ese es generalmente el aspecto que presenta el conjunto de una serie.

Estas están también separadas entre sí, por una pulsación normal, pero cuando las series son subintrantes, ésta desaparece fusionándose aquéllas (Trz. 135).

La regularidad descrita en los movimientos del pie en la parálisis agitante, corresponde á los casos en que el temblor es de mediana intensidad, de 120 á 180 movimientos por minuto.

Pero cuando éstos aumentan de 210 á 240 por minuto, aumentando á su vez la impulsión, los movimientos en cada una de las series sucesivas se hacen de espansión rápida y de impulsión irregular (Trz. 136).

En los trazados 143 y 144, se estudia el signo en un niño de 13 años de edad, epiléptico desde tres años antes, con tres á cinco ataques todas las noches. Este niño ha presentado al tacto en sus épocas de mayor malestar, la piel muy fría, aumentando la temperatura de ésta, cuando su estado general mejoraba.

A pesar de haber fundado el tratamiento en este dato, no dió en él resultado la medicación vasodilatatriz, sino la bromurada á altas dosis.

Ahora bien; en los trazados del pie (núm. 143), las pulsaciones son muy pequeñas, recuerdan mucho

al trazado obtenido en los arterioesclerosos, lo que está de acuerdo con la baja temperatura de la piel.

El 144, es del mismo enfermo, después de varios días de no existir ataques, pero persiste siempre frialdad de la piel al tacto. Las pulsaciones son aquí más visibles, pero siempre pequeñas. Compárense estos trazados con los conseguidos en los niños normales bajo los núm. 13, 18, 19, 24.

El estudio del signo en la epilepsia, nos sugiere la idea ya conocida de que la enfermedad es provocada por contracciones de arteriolas, es decir, que el estado de enfermedad estaría en relación con la mayor ó menor dilatación de los pequeños vasos.

Tratemos ahora de establecer algunos datos que pue dan ilustrarnos, en la apreciación que podamos hacer, con respecto al trazado del pie, obtenido en un sujeto cualquiera.

En presencia de un trazado que presenta la primera onda pulsátil muy pequeña y las secundarias también pequeñas, con tendencia á una línea ondulosa, podemos en virtud del estudio ya efectuado, pensar en lo siguiente: 1º, en una arterioesclerosis 2º, en la iniciación de la ruptura del equilibrio circulatorio en un cardíaco ó en un renal, por la existencia de los edemas periféricos.

Para resolver á cuál de estos dos casos pertenece el signo, necesitamos conocer el resultado del examen clínico del sujeto.

Y si éste no descubre lesiones de órganos nobles, como el corazón, el riñón ó los gruesos vasos, deberemos establecer que nos hallamos entonces en presencia de una arterioesclerosis en principio, pues el estudio que hemos hecho del signo del pie, nos autoriza á decir, que los vasos capilares están afectados, ya sea en su contextura íntima por alteraciones anatómicas de sus paredes ó bien por cambios en la presion sanguínea.

No es necesario que el proceso de la arterioesclerosis, empiece siempre por los capilares para que el signo del pie pueda indicar la lesión, pues sabemos que éste es

sensible á los cambios de presión, sino que aquel puede efectuarse en cualquier otro punto del sistema circulatorio. Así sabemos que cuando la aorta es el punto de partida de la afección, provoca un aumento de tensión originado por la disminución de la elasticidad de la pared, existiendo tendencia á que se enfermen todas las ramificaciones periféricas del árbol arterial y de consiguiente á generalizarse la lesión.

El signo del pie en estos casos indicará las alteraciones que experimenten los capilares.

Reconocer, pues, bajo el punto de vista clínico, la iniciación de estos procesos, es tender seguramente á evitar una evolución peligrosa de esta enfermedad, tanto más cuanto que actualmente no es posible establecer el diagnóstico clínico de arterioesclerosis, sino cuando existen un grupo tal de síntomas, que nos revelan lesiones bien manifiestas.

Si por el examen clínico se descubren lesiones de órganos importantes, debemos entonces prevenirnos contra la posible ruptura del equilibrio.

Si los trazados que se obtengan, no son idénticos en ambas extremidades, pueden hacernos pensar en diversas causas provocadoras de esa desigualdad.

En primer término pueden actuar en ese sentido, los procesos arteriales ó venosos locales, ya sean pequeños ó gruesos los vasos afectados del miembro que se note con pulsación disminuída. Cuando hay uniformidad en los trazados de ambas extremidades, debemos mas bien buscar alteraciones generales.

El estudio de los trazados dobles pueden también permitirnos reconocer la existencia de procesos de los gruesos vasos en su trayecto, por causas propias ó por alteraciones de los tejidos vecinos (tumores, ganglios, aneurismas, etc.)

Los trazados que puedan dar las demás afecciones estudiadas, no necesitan ser aquí enumeradas, por que cada una de ellas, tiene su trazado propio, distinto de todas las demás.

CAPÍTULO II

Teorias que explican el signo

Conclusiones clínicas

Hemos terminado la parte que se relaciona con el conocimiento exacto y preciso del signo del pie en el estado normal y en las diversas manifestaciones patológicas, que han sido enumeradas.

Actualmente nos queda aún por saber, cuál es la causa ó cuáles son los elementos que intervienen ó presiden la producción de éste fenómeno, que hemos llamado *pulsación del pie*.

Hemos dejado justamente estas consideraciones para dilucidarlas en este sitio, para poder apoyarnos, á fin de aclarar este fenómeno, al mismo tiempo que en los datos recogidos en los sujetos normales, en las transformaciones sufridas por el signo después de haberlos observado en diversos casos y en diversos estados de enfermedad.

Es así como llegamos al caso de poder preguntarnos: ¿Cuáles son los elementos que intervienen en un movimiento de oscilación regular é igual, que coincide la mayor parte de las veces, en los sujetos normales, con las pulsaciones radiales y con las contracciones cardiacas? Y decimos, en la mayor parte de los sujetos, porque en algunos hay una pulsación en más ó una en menos

¿Se trata de fenómenos que pertenecen por entero al dominio de algunos de los sistemas circulatorio, muscular ó nervioso? ó bien, presiden á su funcionamiento, los diversos sistemas asociados?

Desde ya damos por sentado y por aceptado que en la producción de este signo, no interviene la compresión de vasos, como hemos podido comprobarlo. Aunque no podría sin embargo, desconocerse su impor-

tancia, á pesar de que interviniera aquella causa en la producción del signo que estudiamos.

¿Acaso el estudio de un signo en estas condiciones, no puede facilitar la adquisición de nuevos conocimientos ó tender á aclarar los que ya existen?

Por otra parte, hay ciertos fenómenos que no se producen sino, en ciertas y determinadas circunstancias; así el pulso radialno se ve, sino que se siente y se hace perceptible, mediante la palpación, es decir, compresión. Además, los temblores de las extremidades inferiores, por ejemplo, tampoco son visibles, sino cuando se colocan éstos de tal manera que queden suspendidos ó bien cruzados.

Luego pues, ¿qué es lo que produce este signo?

Creemos que así como el aflujo de sangre en las arterias provoca una dilatación seguida de retracción, así el pulso de una parte determinada del organismo es producido por una dilatación ó retracción del sistema vascular, que se distribuye en la región.

A nuestro entender tampoco son ajenos en la producción de este fenómeno los vasos capilares y los filetes nerviosos vasculares.

Sin pretender por esto dar una importancia capital á la intervención de los capilares como elemento originario de este signo, debemos sin embargo señalar lo que recuerda la fisiología: que las células que constituyen los capilares, conservan la propiedad de cambiar de forma y de modificar más ó menos la luz del vaso, siendo en virtud de la persistencia de estos caracteres que la diapedesis tiene lugar.

Algunos fisiólogos van aún más lejos y dicen (Power, Fisiología) «los capilares sufren al parecer cambios periódicos de diámetro, admitiendo unas veces mayor y otras menor volumen de sangre, independientemente de los latidos del corazón y de los actos de las respiración.

«Estos cambios se deben, sin duda, á las contracciones y relajaciones alternativas de las arteriolas, por efecto del tejido muscular no estriado de sus paredes.»

«En casos de lesión de la mitral, cuando la sangre regurgita en el ventrículo izquierdo y donde, por lo tanto, la tensión arterial es baja, la variación rítmica

en el diámetro de los capilares se podría demostrar fácilmente.»

«Si se pasa la uña una ó dos veces por la frente, quedará una línea roja que durará algunos minutos, cambia de anchura y de brillantez, no sólo con los latidos del corazón y de la respiración, sino con otro ritmo que se produce tres veces por minuto.

La proporción de los tres ritmos sería por lo tanto:

Ritmo automático, 3 por minuto.

Ritmo respiratorio, 18 íd íd.

Ritmo cardíaco, 72 íd íd.

Pero á pesar de que aceptemos que los capilares se contraen, no podemos estar en todo de acuerdo con Power, pues no nos ha sido posible constatar de que sea tan elevado el número de movimientos que indica.

El estudio del signo del pie, nos ha demostrado que el número de pulsaciones de la pierna, coincide con el ritmo circulatorio y que está sometido á las mismas leyes que rigen á éste, en los sujetos normales.

¿Por qué no hemos de aceptar, pues, como posible la contracción regular de arteriolas y capilares, cuando acabamos de ver que hay fisiólogos que aceptan hasta contracciones automáticas de ellos y cuando hemos podido probar que la pulsación del pie no responde á una causa artificialmente preparada, sino que es un hecho perfectamente natural?

Recuérdese también que hemos dicho, que el trazado gráfico del pulso del pie de los sujetos normales, es completamente distinto del obtenido en los enfermos.

A mayor abundamiento los trazados de la arteria radial, en ciertos casos, no demuestran la existencia de alteraciones tan profundas, como nos lo revela el signo del pie.

A pesar de que se indica, de que el pulso responde á dos condiciones, al corazón y al sistema arterial, y también que permaneciendo bien éste, puede el pulso ser modificado por el corazón y vice-versa, hay casos en los cuales existen alteraciones arteriales y cardíacas, que por estar compensadas, dan un buen pulso. Pero hemos visto justamente que en algunos de esos casos, el signo del pie se encuentra muy cambiado.

En consecuencia, debemos creer que esto constituye un fenómeno particular, que sufre variaciones más ó menos importantes y que guarda relación con las enfermedades arteriales, con las enfermedades cardíacas, con las alteraciones de presión y de constitución de la sangre, pero que *especialmente indica la iniciación de aquellos procesos que comienzan por la red de capilares y arteriolas.*

En conclusión, llegamos pues á establecer, *que el signo del pie es producido por contracciones en totalidad, rítmicas de las arteriolas y capilares que irrigan la región que se estudia, presidiendo á ese funcionamiento, los filetes nerviosos vasomotores.*

Conclusiones clínicas

Los miembros inferiores están dotados de un movimiento de oscilación regular é igual, perfectamente visible en la extremidad del pie, cuando los miembros están cruzados.

Este signo existe en todos los sujetos. Es pues, fisiológico.

Por el método gráfico, se caracteriza en los sujetos normales (adultos, niños y viejos) por un trazado siempre idéntico.

Varía por las diversas causas que pueden actuar sobre el aparato circulatorio.

Este signo, no es originado por la compresión de vasos en el hueco poplíteo, sino que es debido á la contracción rítmica de las arteriolas y capilares que irrigan la región de la pierna.

Sufre modificaciones importantes en sus rasgos gráficos, en las diversas enfermedades del aparato circula-

torio, ya sea que existan alteraciones orgánicas ó bien que haya cambios en la presión de la sangre.

La sensibilidad del trazado del pie, para estos diversos cambios, es mayor que la que nos suministra el estudio del pulso radial, muy especialmente en aquellos casos en que el sistema arterial periférico se encuentre comprometido.

Su estudio permite reconocer la presencia de los edemas periféricos, y de consiguiente, en muchos casos, avisa ó previene la iniciación de la ruptura del equilibrio de la presión sanguínea.

Permite establecer el diagnóstico de la arterioesclerosis.

Bajo otro punto de vista, esta disposición del miembro inferior, favorece la obtención de los trazados de los temblores, provocados por diversas causas, transformándose así en síntoma de diversas enfermedades de los sistemas nervioso y muscular.

Hasta ahora, cada una de las enfermedades que se han estudiado, han dado siempre un trazado especial.

Y ya que hemos llegado al término de nuestra exposición, declaramos francamente que lejos de acariciar ilusiones sobre su mérito, sentimos más bien la necesidad de recurrir á la benevolencia de aquellos de nuestros lectores que quieran tomarla en consideración.

Es á esa apreciación ilustrada que tenemos el honor de someterla, sin otras pretensiones que la de llamar la atención de los investigadores sobre el estudio de un signo clínico, que no ha dicho ciertamente su última palabra.

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

SESIÓN DEL 26 DE NOVIEMBRE DE 1898

Presidencia del **Dr. AVELINO GUTIÉRREZ**

El Dr. M. Alurralde presenta un caso de *miopatía primitiva progresiva*, es decir, de la enfermedad que Duchenne clasificaba con el nombre de *atrofia muscular progresiva de la infancia*, incluída ahora por los neuropatologistas modernos entre las miopatías ó distrofias musculares progresivas.

La observación completa, con fototipías, aparecerá en el próximo número de los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO.

DR. ARAOZ ALFARO. — No voy á discutir el caso del Dr. Alurralde, que ha sido muy bien presentado, y cuyo diagnóstico es incontrovertible; pero quiero agregar algunos datos que, dada la escasísima documentación clínica que tenemos, pueden ser de utilidad para los que deseen estudiar la cuestión.

He visto cinco casos de miopatía primitiva progresiva en el niño: dos de ellos fueron estudiados por el Dr. Ayerza en el Consultorio de la Sala 4ª del Hospital de Clínicas, siendo yo estudiante, y los otros tres se me han presentado en mi práctica de médico. En dos existía el tipo Leyden-Möbius, en los otros tres el de Landouzy-Déjerine, combinado uno de ellos con la hipertrofia de las pantorrillas.

En los casos del Dr. Ayerza, como en uno que vi con mi distinguido amigo el Dr. Tornú, la afección era de familia, hecho común en esta enfermedad y que el Dr. Alurralde ha omitido, sin duda, por ser breve.

Igual cosa parecía ocurría en otros dos niños del servicio de la Facultad, cuyo caso sólo conozco por referencia y que dieron origen á grandes discusiones, habiendo

médicos muy distinguidos y profesores de la Facultad diagnosticado *Parálisis infantil mielopática* y creyendo ver en la existencia de la enfermedad, en dos hermanos, la traza de una pequeña epidemia de *poliomielitis*. Tengo entendido, sin embargo, que el examen eléctrico ulterior, en que creo intervino el Dr. Sudnick, demostró que se trataba de una miopatía primitiva.

Estos datos demuestran que la afección es más frecuente de lo que puede creerse, y así lo prueba también un documentado trabajo del Dr. Tornú, que apareció hace tres ó cuatro años en los *Anales* de esta misma Sociedad y la tesis del Dr. Gardiazábal del año pasado.

El Dr. de Veyga da á conocer los resultados de una serie de observaciones hechas en su servicio de tuberculosos en la Casa de Aislamiento al emplear la dermoclisis con suero artificial en ciertos casos que requerían la aplicación de este medio tan eficaz de estimulación de las fuerzas vitales.

Hace presente, ante todo, que es con el único fin de producir reacciones vitales en organismos decaídos de tuberculosos que ha hecho estas aplicaciones, estando muy lejos de atribuir una acción curativa al suero artificial empleado, ni á ningun suero de esta especie que no encierre principios antitóxicos directamente derivados de los mismos productos virulentos de la tuberculosis.

El suero que ha empleado es el de Hayem, compuesto como se sabe de cloruro de sodio y de sulfato de soda, en las proporciones que este clínico les ha dado. Las cantidades inyectadas han sido generalmente de 350 gramos, pero se han hecho inyecciones de 500 gramos frecuentemente. A todo enfermo á quien se le ha hecho inyecciones, se le ha analizado la orina desde antes de iniciar la dermoclisis y durante todo el tiempo que se creía oportuno seguirla, pues se proponía conocer de paso y de una manera exacta las modificaciones que el suero inyectado producía sobre los cambios orgánicos. Las modificaciones producidas sobre el estado general se consignaban en la historia del enfermo como en cualquier caso ordinario.

Anotando en el cuadro térmico de cada enfermo todas las observaciones hechas sobre la orina y sobre el estado general, así como las fechas en que se han efectuado las inyecciones, ha formado un cuadro general que revela para cada caso la influencia que estas aplicaciones terapéuticas han podido tener.

Ha hecho estas anotaciones sobre los cuadros térmicos porque, en general, las alteraciones de la temperatura, tratándose de tuberculosos, son las que más interés despiertan, sin embargo de que en realidad—al menos en su concepto—no merezcan tanta atención, pues las oscilaciones de la temperatura en la tisis pulmonar dependen, de un lado de las toxinas que predominan y de otro de las asociaciones microbianas que se puedan formar. Sábese, en efecto, que en cuanto á toxinas tuberculosas las hay que son termógenas y las hay hipotérmicas; de ahí que haya casos de miliares agudas, por ejemplo, en que toda la curva térmica oscila entre 35° y 36° sin pasar jamás de esta altura, y en lo que respecta á las asociaciones microbianas es de conocimiento corriente que el pulmón del tuberculoso se deja invadir impunemente por otras infecciones extrañas que reproducen las lesiones locales del proceso fundamental y alteran la curva febril que se iba trazando.

El número de los casos en los cuales se ha hecho la dermoclisis es grande, pero solo en unos seis se ha podido tener completa certeza de las modificaciones producidas, y pueden considerarse como observaciones completas. No todos los enfermos se prestan buenamente á estas inyecciones. La dermoclisis es dolorosa y hay que luchar con el enfermo para vencer sus justificadas resistencias. El Dr. Cavo, médico interno de la Casa de Aislamiento, que ha tomado gran empeño en colaborar á estas observaciones y á quien debe el haber reunido las presentes, puede decir todo lo que cuesta decidir á los enfermos á dejarse hacer estas inyecciones.

Comparando entre sí los cuadros referidos presentes á la vista, ha de sorprender, ante todo, la irregularidad en los resultados producidos por el suero, no solo en cada enfermo, sino aun en cada aplicación,

demostrando con este solo hecho, que no hay una acción determinada, fija, de este líquido sobre el organismo tuberculoso.

En unos casos, que no son la regla general, porque las excepciones son abundantes, la dermoclisis ha sido seguida de una elevación térmica, mientras que en otros ha permanecido indiferente; la expectoración se ha aminorado y aun suprimido en algunos casos, no habiendo variado en la generalidad; unas veces la cifra de fosfatos y de cloruros ha aumentado, otras disminuído; la cantidad de orina ha variado igualmente, subiendo unas veces y otras disminuyendo, esto último contrariamente á las reglas fisiológicas, ya conocidas, de la diuresis.

La muerte ha sido el fin fatal de tres de los casos cuya observación presenta; dos se han mejorado considerablemente; uno se encuentra en vía de evolución.

Se ha de notar que la marcha de la enfermedad ha tendido directamente hacia la muerte en los tres casos fatales y en el que está evolucionando, desde el momento en que se han hecho las inyecciones; pero esta rapidez de evolución no puede imputarse á la aplicación de éstas, porque estos cuatro casos eran enfermos que estaban en el período álgido ó al final de su enfermedad cuando ya nada la detiene.

Comparando estos últimos enfermos con testigos que se encontraban en las mismas condiciones y á quienes no se le hicieran inyecciones, se ha visto que no había relación alguna de causa á efecto entre el suero y la marcha del proceso, pues la muerte sobrevino en estos últimos en el mismo espacio de tiempo ó aún más pronto.

Estos resultados tan desemejantes impiden presentar ninguna conclusión, si no es esta: que las inyecciones de suero producen en los tuberculosos reacciones diferentes en cada caso y cada vez que se las emplea.

Como efecto inmediato, su empleo puede ser benéfico en todos los casos en que en cualquiera otra enfermedad está indicado usarlas, por ejemplo, después de abundantes deposiciones, cuando la postración de fuerzas es grande, cuando la alimentación es imposible ó difícil, etc., etc.

Hace en seguida una sucinta historia de cada caso, mostrando los cuadros á que se refiere.

Dr. Aráoz Alfaro.—Me parece que, como ha dicho el mismo conferenciante, no se puede sacar conclusión alguna de su comunicación, porque los resultados son muy desemejantes y escasos.

Un hecho me parece, sin embargo, digno de nota. Se sabe que Hutinel preconizó, hace tres ó cuatro años, las inyecciones de suero artificial para el diagnóstico de la tuberculosis, y que Sirot y otros han vuelto á poner de moda este medio de investigación que á su juicio da una reacción idéntica á la de las inyecciones de la tuberculina. Ahora bien, otros investigadores como Delteil y Carrien sostienen que estos resultados son inconstantes. Esto mismo parece deducirse de los casos que el Dr. Veyga ha comunicado, puesto que en algunos, la temperatura se ha elevado dos grados más después de la inyección, mientras que en otros no ha habido aumento ó él ha sido mínimo.

Sobre otro punto quisiera observar, ó mejor, consultar al Dr. Veyga. Si ha ensayado el suero artificial en los tuberculosos, especialmente como agente estimulante, según he creído comprenderlo, ¿no será más conveniente emplearlo á dosis pequeñas (30 ó 40 c. cúb.) ya que las investigaciones experimentales y clínicas, especialmente las publicadas hace algunos meses por Bosc y Vedel en los *Archives de Physiologie*, prueban que ellas tienen, como estimulantes, la misma eficacia que las grandes dermoclisis?

En efecto, si solo á ese título han sido empleadas, y si el Dr. Veyga no les reconoce los inconvenientes que otros les han atribuído, sería preferible, me parece, ensayar las pequeñas inyecciones, más fáciles y menos dolorosas que las grandes.

Dr. de Veyga.—Contesta que el objeto de estas inyecciones no ha sido sólo levantar las fuerzas en el sentido puro de la palabra, sino también el de introducir en la economía una cierta cantidad de materiales que fueran de utilidad para su nutrición. Recuerda que ha aplicado la dermoclisis á individuos que estaban en plena consunción, á laringíticos que no se alimentaban, y así por el estilo.

Dr. Aberastury.—Aprovecha la ocasión, ya que se trata de poner de relieve los efectos de la dermoclisis, para relatar un caso que no es de tuberculosis, sino de influenza, en que la acción del suero artificial evitó una crisis fatal y produjo rápidamente la curación. Trátase de una enfermita del público afectada de bronconeumonía, en quien el pulso llegaba á 140 pulsaciones y cuyo estado de adinamia era grande. Hácesele una primera inyección de 500 gramos de suero, que dió por resultado el aumento de la tensión arterial, el descenso del pulso á 120, el restablecimiento de la diuresis y la mejoría general. A los pocos días, recaída de la enfermedad. Vuelve á emplearse la dermoclisis, produciéndose entonces la defervescencia y presentádose la convalecencia con toda franqueza.

El Dr. Palma ocúpase del valor de los signos de la coxalgia tuberculosa, poniendo de manifiesto la importancia que tiene la atrofia del miembro afectado para el establecimiento del diagnóstico de esta enfermedad, y especialmente del diagnóstico precoz. A qué causas obedece el enflaquecimiento del miembro en estos casos, es lo que tiene que dilucidarse.

El Dr. Repetto da gran importancia á la falta de movimiento del miembro como factor de la atrofia, pero pasando en revista otras partes del cuerpo donde se producen artritis ú osteitis tuberculosas, p. e., el tórax, nota que allí la atrofia no es considerable, lo que hace sospechar que las toxinas musculares de los tuberculosos influyen también por su producción en los otros casos.

REVISTA DE LA PRENSA

Kuss. *Etiología de las tuberculosis quirúrgicas primitivas.*

De todas las formas de tuberculosis, las quirúrgicas primitivas son aquellas cuya etiología es más obscura. Todo demuestra, en efecto, que los bacilos, al entrar en el organismo, dejan vestigios duraderos, de su paso, ya en la puerta de penetración, ya en su vecindad inmediata, en la esfera linfática co-

rrespondiente. Según esto, al hallarnos en presencia de localizaciones únicas del bacilo en órganos situados lejos de toda puerta de entrada, cabe preguntarse si la infección no resulta de una invasión congénita del microbio. Estas dificultades de penetración, parece que provienen de la demasiada facilidad con que se acepta el diagnóstico de tuberculosis quirúrgica primitiva; la clínica es incapaz de informarnos en este concepto, y las autopsias se suelen hacer con poco detenimiento.

Por otra parte, el estudio directo de la cuestión está rodeado de dificultades; no se podría establecer con certeza la subordinación recíproca de dos localizaciones tuberculosas en el mismo sujeto, cuando son demasiado antiguas, y esto con tanto más motivo, cuanto que en el curso de la vida pueden realizarse infecciones exógenas sucesivas. Además, cuando un tuberculoso quirúrgico se vuelve secundariamente tísico, la complejidad de las lesiones impide generalmente reconstituir las etapas de la infección. Sería necesario encontrar tuberculosos quirúrgicos que sucumbieran pronto, cuando su enfermedad todavía fuera puramente local. Las autopsias de este género son poco frecuentes. K. ha recogido nueve, y aunque la cifra es pequeña, como quiera que se trata de casos no reconocidos con fin preconcebido y en todos ellos las tuberculosis externas de apariencia primitiva eran claramente secundarias á una tuberculosis más antigua y latente (por ingestión en un caso y por inhalación en ocho), la constancia de los resultados obtenidos no deja de tener una significación bastante precisa.

Estas consideraciones no sólo tienen un interés especulativo, sino que permiten eliminar la hipótesis de la herencia bacilar, puesto que parece evidente el contagio por las vías habituales; demuestran, además, que los tuberculosos quirúrgicos son, por lo general, portadores de otra tuberculosis que queda ignorada. Esta última suele ser insignificante, y entonces la tuberculosis externa es prácticamente sólo local. En otras ocasiones, la tuberculosis latente tiene importancia por su propia cuenta; constituye un depósito de gérmenes capaces de influir de una manera funesta en todo el organismo, ó de ser el punto de partida de una granulia, sin que, por lo demás, haya motiva alguno para considerar á estos sujetos como tuberculosos médicos en el sentido estricto de la palabra. Para apoyar esta opinión en un gran número de autop-

sias, habría que saber antes dónde y cómo se debe buscar el foco primitivo y característico de la infección exógena. Estos focos, que se sustraen fácilmente á las investigaciones, asientan casi siempre en el mesenterio ó en la cavidad torácica, y tienen una disposición especial que ha descrito en su tesis inaugural (1898). Es muy probable que si nos queremos ceñir á esta comprobación rigurosa, vaya siendo cada vez más reducido el número de tuberculosis quirúrgicas verdaderamente primitivas.

MURASCHKO.—*Un caso de hidrofobia no adquirido por mordedura.*

El 11 de Mayo ingresó en el Hospital del Gobierno de Woronesch, una mujer de treinta y nueve años, que el día 1º del mismo había estado examinando y manoseando una gallina que había muerto y destrozado un perro rabioso. A los ocho días de esto, empezó á estar inquieta la enferma, y preocupada con la idea de que iba á rabiar. No tardó en presentarse la imposibilidad de beber líquidos, cuya ingestión provocaba convulsiones; al mismo tiempo existía un insomnio completo. Cuando la vió por primera vez el autor no se encontraba vestigio de mordedura alguna en ninguna parte del cuerpo; tan sólo se veían en las manos las grietas de la piel, que es frecuente observar en las personas que se dedican á las duras labores del campo. La paciente estaba sumamente excitada, con un movimiento incesante, y su ánimo se hallaba muy triste y abatido; se quejaba de sed, pero no podía beber nada de agua, hasta tal punto, que si se la obligaba á ello se provocaba un violento espasmo de la deglución. Había una intensa hiperestesia del olfato, y de cuando en cuando se presentaban ataques típicos de rabia, sobreviniendo al fin la muerte en uno de éstos el día 12 de Mayo.

ANALES

DEL

CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO

Tomo XXI Diciembre 31 de 1898 Nº. 24

HOSPITAL DE CLÍNICAS

Servicio del **Dr. Sudnik**

UN CASO DE MIOPATIA PRIMITIVA PROGRESIVA

por el **Dr. Mariano Alurralde**

Jefe de sección en el Laboratorio de Fisiología experimental de la Facultad

(*Comunicación hecha en la sesión científica del C. M. A.*)

Voy á presentar á la consideración de Vds., un caso de lo que Duchenne designaba con el nombre de atrofia muscular progresiva de la infancia y que Charcot y Erb han llamado sucesivamente, miopatía primitiva progresiva ó distrofia muscular progresiva.

Es gracias á los estudios de Duchenne que se empezó á conocer estos enfermos, considerados antes como simples paralíticos. La parálisis era el signo clínico

que explicaba la insuficiencia muscular y el adelgazamiento ó atrofia que la acompañaba, bien que no era desconocida, quedaba subordinada á aquella, como una consecuencia de la inacción de los músculos. Él en efecto demostró que la atrofia precede y engendra á veces la parálisis motriz y la prosecución de sus investigaciones clínicas lo llevaron á crear la enfermedad que lleva su nombre, escindiéndola de un grupo de afecciones muy distintas con lesiones anatómicas también muy diversas.

Pero poco á poco se fué observando que la atrofia muscular progresiva tal como la entendía Duchenne, no era una sola enfermedad; en ella se había englobado un tipo de atrofias musculares, que poseían ciertos caracteres que no habían escapado á él mismo y que erróneamente consideraba como simples modalidades clínicas.

Casi al mismo tiempo Vulpian y Prevost, y dos años antes Charcot y Cornill, señalan por vez primera la atrofia de los cuernos anteriores de la médula en la poliomielitis y en otras atrofias de origen medular, viniendo de esta manera á quedar demostrado el rol de la substancia gris como centro trófico y de inervación. Es así que la anatomía patológica nos hace conocer que hay una atrofia primitiva crónica de los núcleos motores, que clínicamente en su forma espinal constituye la atrofia muscular progresiva, en el bulbo, la parálisis labio glosolaríngea. Si las lesiones en la substancia gris evolucionan rápidamente, observaremos la paralisis atrófica de la infancia y la parálisis espinal aguda del adulto. Las observaciones se complementan y desde hace algunos años ya, se dividen las atrofias clásicamente, en atrofias mielopáticas ó espinales, atrofias de origen neuropático y atrofias primitivas ó miopatías.

Había dicho hace un momento, que Duchenne conocía las miopatías, especialmente el tipo que nos ocupa, cuyos caracteres clínicos no habían escapado á su genio observador y que él resume en su libro «De l'eléctrisation localisée» pág. 518 en los siguientes términos: «Empezar muchos años antes de invadir los

músculos motores de los miembros superiores y del tronco por ciertos músculos de la cara á la cual da una fisonomía particular. Este principio por los músculos de la cara puede ser considerado como un carácter propio de esta atrofia muscular progresiva de la infancia, etc.» Asimismo conocía el carácter familiar, pero erróneamente le asignaba un origen medular confundiéndola con la atrofia muscular progresiva del adulto.

Leyden fué uno de los primeros que trató de distraer del grupo de las mielopatías, una forma de amiotrofia cuyos rasgos principales eran su aparición en la infancia, su principio por los músculos de las piernas y su extensión al dorso, su carácter familiar, la marcha lenta y progresiva y la ausencia de perturbaciones bulbares.

Más tarde Mœbius distingue la forma adquirida ó enfermedad de Duchenne, de las formas hereditarias, comprendiendo bajo este título la parálisis pseudohipertrófica y la miopatía que lleva su nombre.

Zimmerlin, describe á su vez varios casos en una misma familia. La atrofia había empezado en ellos por los músculos del tronco y se había extendido lentamente á las extremidades inferiores.

Erb señala poco después, basándose casi exclusivamente en el electrodiagnóstico, la forma juvenil ó distrofia muscular progresiva. La atrofia aquí comienza por los músculos del hombro y del brazo, atacando de una manera lenta y progresiva los músculos del tórax y las extremidades inferiores. La cara toma á veces parte en la atrofia, pero en todo caso su participación es rara y tardía. La exploración de la excitabilidad galvánica y farádica de los músculos, no indica sino simples modificaciones cuantitativas de la excitabilidad.

Erb pretende que su forma juvenil debe comprender la parálisis pseudohipertrófica, el tipo Leyden Mœbius y Zimmerlin, no siendo estas amiotrofias sino simples modalidades clínicas de la miopatía que lleva su nombre.

Más tarde Remak, Landuzy y Dejerine después, describen magistralmente el tipo facioescápulo humeral que

tenemos aquí. En seguida veremos cuál es el concepto clínico que tienen estos observadores en las relaciones de su forma de amiotrofia, con los otros tipos de miopatías descritos, especialmente con el de Erb.

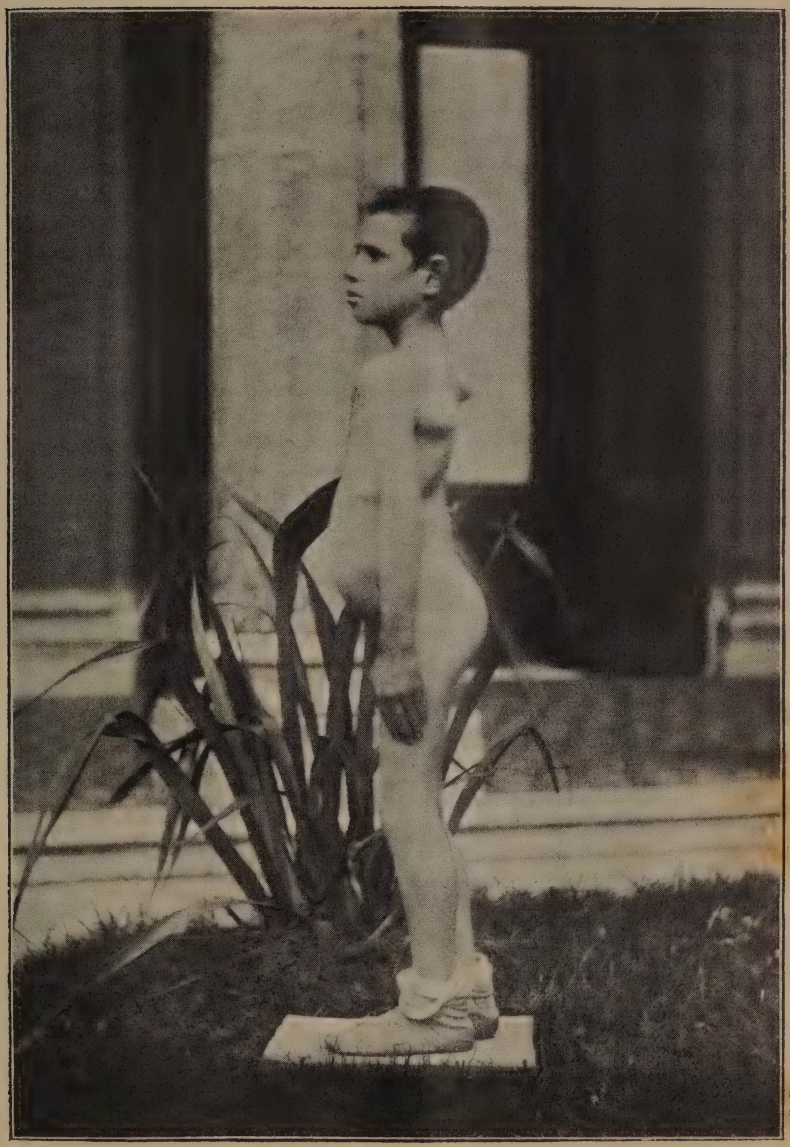
Veamos en tanto la historia de nuestro caso, en el cual me ocupo extensamente del examen eléctrico de los músculos por las diversas clases de corrientes, exploración cuya importancia no escapará á la penetración de Vds. En cuanto á la técnica y el método para la determinación de la excitabilidad no me detendré en describirlo, porque lo he hecho ya en otras ocasiones y para ser completos nos extendería demasiado [1].

Haré asimismo un estudio de la fuerza dinamométrica y de la inscripción ó gráfico de la contracción muscular, todo lo cual nos servirá para complementar y asentar sobre sólidas bases el diagnóstico.

Observación.—J. O., de 15 años de edad, presenta antecedentes hereditarios de poca importancia. Su padre murió de neumonía. La madre vive y tiene una luxación congénita doble de la cadera. Sus ascendientes y colaterales dicen ser sanos. Tiene dos hermanos de seis y cuatro años respectivamente, que han tenido varias veces convulsiones durante la dentición.

Los antecedentes individuales desde el momento que principió su enfermedad no son muy completos, porque ha permanecido mucho tiempo, años, alejado de su familia que veía con grandes intermitencias. Sano hasta los seis meses, época en la cual presenta las primeras convulsiones, coincidiendo con la salida de un diente. Desde este momento y durante su dentición hasta los dos años, las convulsiones se produjeron con bastante frecuencia. Desde dos años y medio á los siete, ninguna novedad. Internado á este edad en un colegio, sufrió jugando con algunos compañeros, un fuerte golpe sin mayores consecuencias. Poco tiempo después hace notar á sus padres que se siente débil en los brazos, que

(1) Contribución al estudio del electrodiagnóstico de las enfermedades del sistema nervioso. Tesis inaugural. El electrodiagnóstico y una nueva mutación de la excitabilidad galvanomuscular al estado fisiológico. Comunicación al Congreso Científico Latino Americano, 1898.



tiene menos fuerzas que todos sus compañeros, se fatiga pronto y especialmente en los ejercicios gimnásticos. Sus padres al principio no hicieron caso, pero como la debilidad muscular aumentara resolvieron por vez primera, traerlo hacen cuatro años al servicio de electroterapia del Dr. Sudnik. Después del examen eléctrico que según dice se le hizo, se acobardó y no volvió más. Internado nuevamente en el colegio, la diminución de las fuerzas fué aumentando lenta y progresivamente, la fatiga muscular era más rápida, los brazos y el pecho disminuían de volumen, todo lo que hace notar á sus padres.

Poco después la diminución de las fuerzas se extiende al tronco, los movimientos de extensión de la columna se hacen cada vez más difíciles, tiene necesidad de apoyarse para levantar un objeto del suelo. La debilidad muscular hace progresos en los brazos, cuyos movimientos disminuyen de amplitud. Poco después ella se extiende á los miembros inferiores. Tiene menos libertad en las piernas, se fatiga más fácilmente cuando corre y lo hace con mucho menos rapidez que antes. Todos estos síntomas de insuficiencia muscular, hacen marcados progresos en los cuatro años desde el primer examen, motivo por el cual la madre en una de sus visitas notando la deformación del cuerpo y la actitud especial que toma durante la marcha, resuelve traerlo nuevamente al hospital. Antes de seguir más adelante debo hacer notar que la madre dice no haber observado nada de particular en la cara.

Estado actual.—En regular estado de nutrición á primera vista, J. O. no aparenta tener más de 8 años. Su cara es completamente lisa, sin ningún pliegue, y la inmovilidad de su fisonomía contrasta con la vivacidad de sus ojos cuando habla. Los movimientos del frontal han desaparecido completamente, y por más esfuerzos que haga no consigue arrugar la frente. Movimientos apenas esbozados en el superciliar. La oclusión de los párpados no es completa, queda una ligera abertura de algunos milímetros por donde es posible percibir la esclerótica. Los labios parecen más gruesos, especialmente el inferior que cae y se invierte lige-

ramente hacia afuera cuando el enfermo tiene la boca entreabierta. Las consonantes labiales son pronunciadas difícilmente. El bucinador es insuficiente para tender el orbicular labial, y esta insuficiencia es suplida por movimientos de elevación y de descenso muy marcados de la mandíbula. No puede silbar. Cuando ríe la comisura de la boca se alarga transversalmente. Ligeros movimientos de descenso en el labio inferior. No puede contraer lateralmente la cara. Eleva ligeramente el labio superior y el ala de la nariz correspondiente. Los movimientos de elevación, de descenso y de diducción de las mandíbulas intactos. Lo mismo los de entrada y salida de la lengua.

Excitabilidad faradomuscular

Bobina de hilo grueso R = 1 Ohm

MÚSCULOS DE LA CARA

Int. en centímetros		*Contracción mínima*
15	Frontal	C=O
4	Elevador del labio superior y del ala de la nariz	C
6	Orbicular	C=O
10	Zigomático	C
7	Risorio	C=O
6	Orbicular de los labios, superior	C=O
8	Orbicular de los labios, inferior	C
4	Cuadrado de la barba	C

C Significa contracción.
C' » contracción fuerte.
C=O » no hay contracción.
K Katodo.
A Anodo.

La intensidad no puede elevarse impunemente, porque el enfermo es muy sensible y no queda quieto para hacer la observación. Salvo ligerísimas diferencias, la modalidad de contracción es la misma con una intensidad dada para los músculos homólogos del lado opuesto.

Excitabilidad galvanomuscular

CARA

	Int. en miliampéres		Contracción mínima	Reacción difusible
MÚSCULOS	8	Frontal.....	C=O	No hay
	5	Elev. del ala de la nariz y labio superior.	C=K>A	»
	5	Orbicular.....	C=K>A	»
	5	Zigomático	C=K>A	Elevador del ala de la nariz y cuadrado de la barba
	5	Risorio..	C=K>A	Id. íd.
	4	Orbicular. { labio sup. » inf.	C=K>A	No hay.
	3	Cuadrado de la barba.	C=K>A	»

El enfermo soporta difícilmente mayor intensidad. Salvo ligeras diferencias, la reacción es la misma en los dos lados.

Cuello.—En su base hacia los hombros presenta un ensanchamiento ó prominencia más marcada del lado derecho que del izquierdo, producida por la caída del hombro y la elevación del omóplato, que ejecuta una especie de movimiento de báscula, debido á la gran atrofia é insuficiencia de los músculos fijadores de la escápula al tronco, trapecio, romboideo, gran serrato. Se ven y sienten fácilmente los latidos de las arterias de la base del cuello. La horquilla del esternón muy marcada por la saliencia de la extremidad interna de las clavículas Los movimientos de la cabeza se eje-

cutan con bastante libertad, lo que indica la integridad á lo menos clínicamente, de los músculos superficiales y profundos del cuello.

Tronco.—Ofrece deformaciones muy marcadas. En la parte anterior del lado derecho presenta un hundimiento, producido por la atrofia de los pectorales y del haz clavicular del deltoides, lo que hace más visible la parte media de la clavícula correspondiente. Los pectorales han desaparecido casi, marcándose á consecuencia de ello los primeros espacios intercostales y sintiéndose muy fácilmente las costillas que parecen estar solo recubiertas por la piel y un poco de tejido célulograsoso. El lado izquierdo está ligeramente deprimido en su porción superior; aquí la atrofia del pectoral y del manojo clavicular del deltoides no es tan pronunciada. La circunferencia del tórax al nivel del mamelón mide 58 1/2 centímetros, el diámetro transversal es casi el doble del antero-posterior. De una manera general el pecho se presenta excavado hacia adentro, aplanado transversalmente, lo que hace salir mucho el abdomen. El choque de la punta y del corazón es visible.

En la parte posterior se perciben los espacios intercostales y las prominencias que forman los ángulos de las costillas, todo debido á la enorme atrofia de los músculos del dorso. Cuando el enfermo se sienta, hacen prominencia la 12ª dorsal y las primeras lumbares; cuando se para, éstas desaparecen y en su lugar se encuentra un surco. Existe una lordosis muy marcada en la región lumbar, que se exagera cuando el enfermo se para ó quiere marchar.

Miembros superiores.—Los brazos más delgados que los antebrazos. En el derecho la atrofia ha avanzado mucho. El deltoides ha desaparecido completamente, por cuya causa se aperciben claramente el acromion y la cabeza del húmero cuando se lleva el brazo especialmente arriba y adentro. El triceps está más atrofiado en su porción superior que en la inferior. El biceps disminuído de volumen, los flexores y los extensores de los dedos lo mismo que el supinador ligeramente atacados de atrofia. Eminencia tenar é hipotenar al parecer normales. La elevación del brazo es

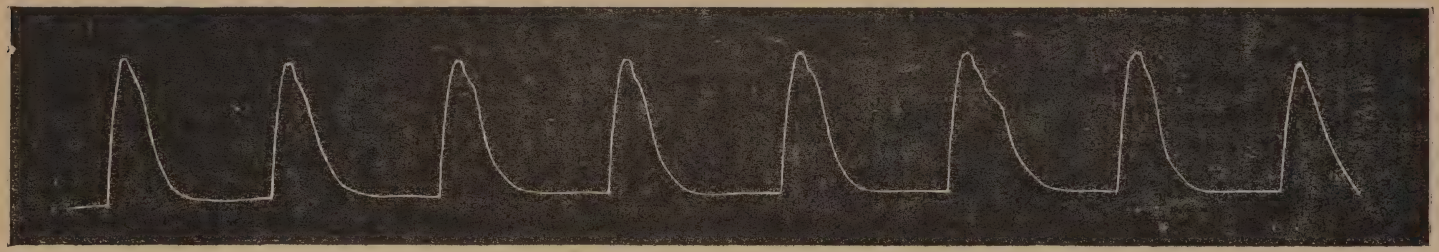


Fig. I. – Gráfico de la contracción del biceps izq. Intensidad: 10 miliampéres. La línea de ascenso, el vértice y la línea de descenso nos indican que *no* nos hallamos en presencia de una curva degenerativa ó paralítica. Estos mismos caracteres presentan los otros trazados.

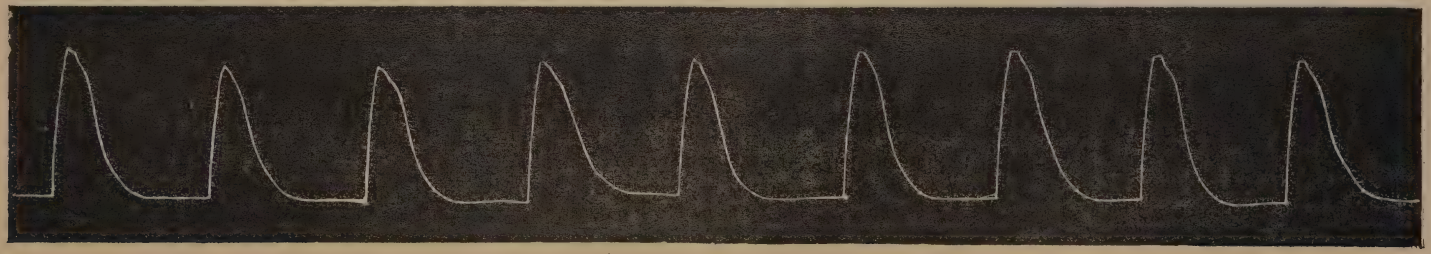


Fig. II. — Gráfico de la contracción del biceps der. Intensidad: 10 miliampéres

imposible por la atrofia del deltoides; sin embargo puede ser separado ligeramente del cuerpo, por la contracción del supraespinoso que en el estado normal concurre á elevar el brazo junto con el deltoides. Hacia adelante y atrás, los movimientos muy disminuídos de amplitud.

En el brazo izquierdo, la atrofia no ha invadido tanto los músculos. El deltoides está bastante conservado, especialmente en su parte media; lo mismo el triceps, el coraco braquial y el biceps. Los flexores, el supinador y los extensores de los dedos no parecen atrofiados, lo mismo las eminencias tenar é hipotenar. La elevación del brazo es posible, separándose bastante del cuerpo; para adelante, llega hasta la horizontal, con los movimientos hacia atrás tienen doble amplitud que los del brazo derecho. No hay retracción de los biceps. La fuerza dinamométrica es la siguiente:

		DERECHO	IZQUIERDO
Mano		11	12
Brazo	flexión	4	4
	extensión	3	2

Las escápulas han experimentado un movimiento de separación bastante considerable, al mismo tiempo que de ascenso. La distancia de la espina del omóplato á las apófisis de las vértebras es de diez centímetros del lado izquierdo y corresponde á la tercera y cuarta dorsal. La punta del omóplato está separada 11 cent. y medio y corresponde á la 10ª dorsal. Del lado derecho la separación no es tan marcada, pero la elevación es mayor. La distancia de la espina, á las apófisis, es de 8 centímetros y corresponde á la segunda dorsal. La punta del omóplato dista 9 1/2 centímetros al nivel de la séptima dorsal. El músculo supraespinoso del lado izquierdo, más atrofiado que el derecho; los infraespinosos no parecen muy atacados.

El examen de la excitabilidad de los miembros superiores por las diversas clases de corrientes, es el siguiente:

Excitabilidad faradomuscular

Bobina de poca tensión R = 1 Ohm

DERECHO			IZQUIERDO		
Int. en centímetros		Contracción	Int. en centímetros		Contracción
MÚSCULOS					
15	Deltoides	C=O	4	Deltoides	C
4	Biceps	C	2	Biceps	C
5½	Triceps	C	5	Triceps	C
4	Flexores	C	2	Flexores	C
4½	Extensores	C	3	Extensores	C
5½	Eminencia tenar	C	5	Eminencia tenar	C
5½	» hipotenar.	C	6	» hipotenar.	C
10	Trapecio parte superior solamente	C	6	Trapecio	C
10	Romboideo	C	6	Romboideo	C
7	Supraeespinoso	C	5	Supraespinoso	C
7	Infraespinoso	C	5½	Infraespinoso	

Excitabilidad galvanomuscular

MIEMBROS SUPERIORES

DERECHO			IZQUIERDO		
Int. en miliampéres		Contracción mínima	Int. en miliampéres		Contracción mínima
MÚSCULOS					
20	Deltoides	C=O	5	Deltoides	C=K>A
4	Biceps	C=K>A	6	Biceps	C=K>A
5	Triceps	C=K=A	6	Triceps	C=K>A
4	Ext'sores de los dedos.	C=K>A	5	Ext'sores de los dedos.	C=K>A
4	Flexores	C=K>A	2	Flexores	C=K>A
15	Pectoral	C=O	15	Pectoral	C=O
5	Supra é infraespinoso	C=K>A	5	Supra é infraespinoso	C=K>A
15	Trapecio y romboideo	C=O	15	Trapecio y romboideo	C=O
4	Eminencia tenar	C=K>A	4	Eminencia tenar	C=K>A
4	» hipotenar.	C=K>A		» hipotenar.	C=K>A

Descargas alternas del condensador

MIEMBROS SUPERIORES

	DERECHO				IZQUIERDO		
	Volts		Contracción	Reacción difusible	Volts	Contracción	Reacción difusible
MÚSCULOS	20	Deltoides parte.. clav.	O*	Supraespinoso, infraespinoso, redondo mayor y menor.	7	C	Músculos de la escápula.
		media.	O*			C	
		escap.	O*			C	
	14	Biceps	C	Infraespinoso.	6	C	Triceps, deltoides é infraescapular.
	6	Triceps.....	C	Biceps é infraescapular.	6	C	Id. íd.
					4	C	Id. íd.
	20	Extensores.....	O*	Músc. del brazo.	4	C	Id. íd.
	4	Flexores..	C	Músc. del brazo.	20	O*	Infraescapular.
	20	Trapecio.	O*	Infraescapular.	15	C	Triceps.
	15	Supra é infraesp.	C	Triceps.	6	C	Flexores del antebrazo.
	6	Eminencia tenar..	C	Flexores del antebrazo.	6	C	
	6	» hipotenar	C				

Descargas directas

MÚSCULOS	20	Deltoides parte.. clav.	C	No hay.	20	C	Músculos de la escápula, triceps, extensores y flexores de los dedos.
		media.	C'	»		C'	
		escap.	C	»		C	
	16	Biceps..	C	Supinador.	18	C	Supinador.
	7	Triceps.....	C	Escáp. y flexores de los dedos.	10	C	Flexores de los dedos.
	18	Extensores.....	C	No hay.	18	C	No hay.
	10	Flexores.....	C	»	10	C	»
	25	Trapecio.....	C	»	40	C	»
	20	Sufra é infraesp.	C	»	22	C	»
	18	Eminencia tenar..	C	Flexores de los dedos.	18	C	Flexores de los dedos.
	18	» hipotenar	C	Id. íd.	18	C	Id. íd.

* Significa no hay contracción.

Miembros inferiores.—Los miembros inferiores muy atrofiados, especialmente los muslos tienen una forma casi en toda su extensión, como puede verse por las medidas.

			DERECHO	IZQUIERDO
Muslo...	pliegue glúteo...	=	28	32
	parte media.....	=	25	28
	» inferior....	=	25	26

Los glúteos atrofiados, especialmente el izquierdo en su parte superior, el derecho mucho más consistente. Todos los músculos del muslo muy atrofiados. El triceps izquierdo ha desaparecido casi. Los músculos de la región posterior algo más conservados que los de la parte interna. Las pantorrillas, al parecer normales en cuanto á su volumen, pero la derecha ofrece á la palpación mayor consistencia que la izquierda.

Todos los músculos del muslo derecho menos atrofiados, estándolo más el triceps. Nada del lado de los pies. Ninguna deformación.

La fuerza muscular muy disminuída, aunque los movimientos activos no hayan perdido gran cosa en amplitud.

				DERECHO	IZQUIERDO
Dinamómetro.	Pierna..	flexión....	=	5	10
		extensión..	=	7	10
	Muslo		=	9	10

El examen eléctrico por las diversas clases de corrientes es el siguiente:

Excitabilidad faradomuscular

Bobina de poca tensión R = 1 Ohm

MIEMBROS INFERIORES

	LADO DERECHO			LADO IZQUIERDO		
	Int. en centímetros		Contracción mínima	Int. en centímetros		Contracción mínima
MÚSCULOS	16	Recto anterior.....	C=O	16	Recto anterior.....	C=O
	16	Vasto interno.....	C=O	16	Vasto interno.....	C=O
	16	Vasto externo	C=O	16	Vasto externo	C=O
	7	Adductores	C	7	Adductores	C
	7	Recto interno.....	C	6	Recto interno..... .	C
	8	Músculos de la región posterior.....	C	7	Músculos de la región posterior.....	C
	6	Tibial anterior.....	C	6	Tibial anterior.....	C
	6	Soleo y gemelos.....	C	6	Soleo y gemelos.....	C

Excitabilidad galvanomuscular

MIEMBROS INFERIORES

	DERECHO			IZQUIERDO		
	Int. en miliampères		Contracción mínima	Int. en miliampères		Contracción mínima
MÚSCULOS	20	Recto anterior.....	C=O	20	Recto anterior.....	C=O
	20	Vasto interno.....	C=O	20	Vasto interno.....	C=O
	20	Vasto externo.....	C=O	20	Vasto externo.....	C=O
	10	Recto interno.....	C=K=A	9	Recto interno.....	C=K>A
	12	Adductores	C=K>A	14	Adductores	C=K>A
	15	Músculos de la región posterior.....	C=K>A	12	Músculos de la región posterior.....	C=K>A
	10	Tibial anterior.....	C=K>A	10	Tibial anterior.....	C=K>A
	8	Soleo y gemelos.....	C=K>A	7	Soleo y gemelos.....	C=K>A

Descargas alternas del condensador

MIEMBROS SUPERIORES

	DERECHO				IZQUIERDO			
	Volts		Contracción mínima	Reacción difusible	Volts		Contracción mínima	Reacción difusible
MÚSCULOS	25	Triceps.....	C=O	No hay.	25	Triceps.....	C=O	No hay.
	15	Recto interno.....	C	»	15	Recto interno.....	C	»
	15	Adductores.....	C	»	15	Adductores.....	C	»
	10	Músculos de la región posterior.....	C	»	12	Músculos de la región posterior.....	C	»
	12	Tibial anterior.....	C	Flexores de los dedos.	10	Tibial anterior.. ...	C	Flexores de los dedos.
	10	Soleo y gemelos. ...	C	Músculos del muslo.	10	Soleo y gemelos.....	C	No hay.

Descargas directas

MÚSCULOS	25	Triceps.....	C=O	No hay.	25	Triceps.....	C=O	No hay.
	10	Recto interno.....	C	»	10	Recto interno.....	C	»
	12	Adductores.....	C	»	12	Adductores.....	C	»
	30	Músculos de la región posterior.....	C=O	»	30	Músculos de la región posterior.....	C	»
	10	Tibial anterior.....	C	»	12	Tibial anterior.....	C	»
	28	Soleo y gemelos.....	C	»	26	Soleo y gemelos.....	C	»

Sensibilidad.—La exploración de la sensibilidad con el pincel farádico, el procedimiento más exacto para su determinación nos demuestra que ella está intacta para el contacto y el dolor. Sensibilidad térmica normal. Ninguna contracción fibrilar.

Reflejos. — La pupila reacciona perfectamente á la acomodación y á la luz. El rotuliano abolido. El maseterino ligeramente exaltado. El escrotal abolido. El abdominal poco marcado. El plantar determina la flexión de los dedos No hay fenómeno del pie. Organos de los sentidos normales. Las funciones vegetativas se hacen bien.

Actitud del enfermo.—Marcha y movimientos que ejecuta.—La actitud y la marcha son algo características en nuestro enfermo. Los hombros y la cabeza echados ligeramente hacia atrás, con los brazos habitualmente caídos y exagerando su lordosis lumbar, camina, haciendo sufrir á la pierna derecha un ligero movimiento de propulsión é inclinando lateralmente el tronco de este lado. Cuando corre, lo hace á grandes pasos, exagerando grandemente el movimiento de propulsión de su pierna derecha; como consecuencia de esto, la pierna izquierda toma apoyo más rápidamente en el suelo y avanza por lo tanto mucho menos que aquélla. Se sienta en cuclillas de golpe, pero no puede levantarse sin apoyarse en uno de sus muslos con una mano, y un objeto ó mueble con la otra. Levanta con alguna dificultad cualquier cosa del suelo. Acostado, ejecuta movimientos bastante complicados para levantarse. De una manera general, los movimientos bien que coordinados hacia un objeto, carecen de la rapidez y precisión necesaria.

Discusión.—Nos hallamos, pues, en presencia de un caso cuyo síntoma capital es la atrofia muscular que habrá principiado probablemente por los músculos de la cara, para extenderse luego á los miembros superiores, el tronco y los miembros inferiores. Digo probablemente por los músculos de la cara, porque nos encontramos faltos de datos al respecto, pues á pesar de la pérdida casi completa de los movimientos, su familia dice no haber observado nunca nada de anormal en ella.

Esta amiotrofia, bien que difusa por cuanto su distri-

bución no corresponde á un territorio anatómico de un nervio determinado, es casi simétrica, ataca los músculos de un lado y los homólogos del lado opuesto, desigualmente repartida en cuanto á su grado é intensidad, se ha desarrollado y hecho su evolución de una manera lenta y progresivamente descendente en casi seis años, sin dolores, sin ninguna perturbación de la sensibilidad, al comienzo de la segunda infancia de nuestro enfermo, sin que se haya tampoco observado en ningún momento, perturbaciones del lado de los músculos masticadores ó de la respiración.

Y bien; clínicamente estos caracteres más salientes, son bastantes significativos y nos conducen casi sin vacilación al diagnóstico.

El principio por los músculos de la cara, ó más propiamente en nuestro caso, la participación de los músculos inervados por el facial, es un carácter casi patognomónico de la atrofia muscular primitiva progresiva de la infancia, carácter que permite eliminar de un golpe las atrofias de origen mielopático ó neuropático.

Landuzy y Dejerine son á este respecto muy afirmativos, llegando mas ó menos á estas conclusiones: que en un atrófico de cualquier edad en el cual su enfermedad haya principiado tarde ó temprano, si presenta una atrofia de los músculos de la cara sin ningún fenómeno bulbar, se puede concluir que « este atrófico es un miopático ».

Si observáramos nuestro enfermo adulto, podríamos pensar en la esclerosis lateral amiotrófica, pero aquí es únicamente el facial inferior que está atacado y principalmente existen síntomas más ó menos precoces de parálisis labioglosolaríngea.

Así, pues, la participación de la cara en la atrofia, permite eliminar aquí la poliomielitis anterior, que es lo primero que se nos ocurriría dada la edad del enfermo, aparte de los otros caracteres que ella presenta, principio brusco, fiebre, parálisis antes que atrofia, etc.

Pero prescindamos por un momento de la atrofia de los músculos de la cara, lo que es bastante frecuente tratándose de un adulto, caso que podemos observarlo

actualmente en una enferma del servicio. En ella la atrofia empezó por los hombros y hoy después de ocho años, ésta se ha extendido á los brazos, el tronco y los miembros inferiores. Es aquí donde empiezan las dificultades, especialmente si se trata de diagnosticar al principio este tipo de atrofia familiar, de la atrofia muscular progresiva escápulo humeral descripta por Vulpian, modalidad clínica de la enfermedad de Duchenne.

Casi siempre se puede llegar á un diagnóstico, á expensas de ciertos signos comunes á todas las formas familiares de atrofia muscular.

La ausencia de contracciones fibrilares, es uno de los más importantes; su existencia no ha sido nunca constatada en las atrofias primitivas, mientras que es casi la regla encontrarlas en las amiotrofias espinales. Landouzy insiste en un signo de gran importancia según él para el diagnóstico, la retracción de ciertos músculos, especialmente el biceps. cosa que no presenta nuestro enfermo, ni me ha sido dado observarlo en los casos que he visto.

La conservación de ciertos grupos musculares, otro carácter de las miopatías. se verifica aquí. Los flexores del puño y de los dedos están muy bien conservados, lo mismo las eminencias tenar é hipotenar, la inspección, la palpación, el estudio comparativo de la fuerza dinamométrica y de la excitabilidad eléctrica nos lo demuestra.

La presión de la mano derecha é izquierda es de 11 y 12 respectivamente, mientras que en el brazo la flexión da solo 4 para los dos, y la extensión 2 para el derecho y 3 para el izquierdo. Estas diferencias son debidas exclusivamente al grado de la atrofia desigualmente repartida, de que parece no están indemnes ni los mismos flexores de los dedos, porque 11 y 12 kilog. de presión es, á mi juicio, una cantidad bien inferior á la que puede desarrollar un muchacho de 13 años. Los extensores del brazo son los que menos fuerzas poseen, especialmente el triceps derecho, que, como vemos, está sumamente atrofiado.

La distribución de la atrofia en las miopatías se hace de tal manera, que en un territorio anatómico de un nervio determinado, se encuentran músculos en vías de desaparición al lado de otros apenas atacados ó intac-

tos, lo que de una manera general no se observa en las amiotrofias de origen espinal ó periférico.

La ausencia de reacción de degeneración, es un signo de primer orden, sobre el cual Erb se basa exclusivamente para separar de las atrofias mielopáticas, un grupo de atrofias en las cuales no ha sido posible encontrarla y que él designa con el nombre de forma juvenil ó distrofia muscular progresiva.

Al estado normal, los nervios y los músculos reaccionan de cierta manera y en virtud de leyes sentadas por la electrofisiología; cuando un proceso inflamatorio ó degenerativo se declara en los conductores nerviosos en su trayecto espinal ó periférico, se produce una inversión de las leyes de las sacudidas, un conjunto de modificaciones cuantitativas y cualitativas de la excitabilidad galvánica y farádica de los nervios y los músculos, que es lo que constituye la reacción de degeneración.

Pero el electrodiagnóstico no consiste como creen muchos, en pasear los excitadores por los nervios ó los músculos más ó menos atrofiados, para ver si responden á una excitación, esto es un error; las apreciaciones *de visu* de la contracción muscular, como lo he demostrado en otra ocasión, (1) son insuficientes é imperfectas. Es necesario recurrir al método gráfico, es decir, á la inscripción de la contracción muscular, siempre que se quiera hacer un examen detenido, concienzudo y preciso en un enfermo.

Es por eso que he tratado de ser completo en este caso, tanto más que como he dicho, Erb conceptúa esto como un elemento de primer orden para el diagnóstico.

De la lectura detenida de los cuadros de la excitabilidad podemos concluir, que en nuestro enfermo no existen sino simples modificaciones cuantitativas, no hay inversión de las leyes de las sacudidas ó modificaciones cualitativas y por lo tanto, reacción de degeneración.

La herencia, el carácter familiar, es un punto sobre el cual insisten los autores, pero que á no dudarlo, debe ocupar un lugar secundario. En este caso no existe ningún antecedente que pueda hacer creer en el carácter familiar. Sus colaterales y ascendientes son sanos. Dos

(1) Ver nota pág. 589.

hermanos mucho menores que él que he hecho traer á mi presencia, son sanos hasta ahora, lo que no quiere decir que no puedan más tarde ser atróficos, tanto más que la miopatía ha empezado aquí á los siete años. En la otra enferma del servicio á que me refería hace un momento, á pesar de tratarse de una mujer que ha tenido varios hijos siendo ya atrófica, no es posible constatar tampoco el carácter familiar.

Sin embargo es frecuente, á estar á las observaciones que consignan los autores y revistas, que la miopatía ataque á varios miembros de una misma familia, pero repito, esto debe á mi juicio, ocupar un lugar secundario como elemento para el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Duchenne siempre adquirida y las miopatías habitualmente familiares.

Así pues, reasumiendo podemos concluir, que dada la edad del enfermo, la participación de los músculos de la cara, la forma y distribución de la atrofia, la ausencia de contracciones fibrilares y de reacción de degeneración, el tipo de la curva de contracción y la evolución de la amiotrofia, nuestro enfermo está atacado de una miopatía atrófica primitiva, que se ha desarrollado progresivamente, independiente de toda lesión del sistema nervioso central ó periférico.

¿A cuál de los tipos familiares descriptos corresponde?

Había dicho al principio. que Erb describe su forma juvenil ó escápulo humeral como un tipo de atrofia, en la cual él cree debe incluirse la pseudo hipertrofia por su frecuente combinación, el tipo Leyden-Mœlius y Zimmerlin. Asimismo señala la participación de los músculos de la cara, pero ella es rara y tardía.

Como vemos, Erb quiere agrupar en su distrofia muscular progresiva, todas las formas descritas; ellas no serían sino simples modalidades clínicas.

Pero Landouzy y Dejerine sostienen con mucho criterio y con la anatomía patológica en la mano, que es casualmente esta participación rara y tardía de la cara, un argumento de primer orden para que la forma escápulo humeral de Erb desaparezca.

En efecto, Landouzy cita el caso de un enfermo adulto que durante toda su vida no presentó sino la forma

escápulo humeral, y sin embargo á la autopsia, se encontró en los músculos de la cara lesiones anátomo patológicas idénticas al resto de sus músculos enfermos, lo que prueba que *clínicamente*, puede no existir la facies miopática. El conocimiento de este y otros hechos nos demuestra que el tipo facio-escápulo humeral se hace cada vez más frecuente.

Si Erb en su forma juvenil, hace que la cara participe de una manera rara y tardía en la atrofia, esto es simplemente debido á que en el adulto, la cara puede atacarse muchos años después de la extensión de la atrofia á todo el cuerpo y aun así puede muy bien no traducirse *clínicamente* por ningún síntoma.

En el niño sucede todo lo contrario; es por la cara que principia la atrofia, excepcionalmente por el hombro ó las extremidades inferiores. En nuestro caso se verifica esto; ustedes ven la inmovilidad de la fisonomía del enfermo. En la otra enferma, la amiotrofia empezó por los hombros y se ha extendido á los miembros superiores, el tronco y los muslos, sin que hasta ahora haya *clínicamente* ningún signo que permita evidenciar la facies miopática.

Además, el tipo facio escápulo humeral evoluciona siempre como una forma atrófica pura, sin combinarse con la pseudo-hipertrofia, y aunque bajo el punto de vista anátomo-patológico aquí, y en la pseudo hipertrofia se trate de miositis primitivas, protopáticas, no es menos cierto, que clínicamente el tipo Landouzy Dejerine tiene una evolución y una sintomatología características.

Para concluir diré dos palabras sobre el pronóstico y el tratamiento.

Como su nombre lo indica, se trata de una enfermedad fatalmente progresiva; su pronóstico es grave, pero como su marcha es muy lenta, los enfermos pueden vivir largo tiempo en un medio apropiado; así pues, la gravedad no es inmediata. En los niños debe además tenerse en cuenta como elemento desfavorable para el pronóstico, las deformaciones del tórax y la insuficiencia de la ventilación pulmonar que es su consecuencia, y si á esto agregamos la decadencia habitual de su nutrición y la hospitalización, nos costará poco pensar que estos enfermos, son candidatos seguros á la tuberculosis.

La terapéutica en ellos se reduce al tratamiento tónico general y á la electrización de sus músculos atrofiados, siendo bajo este punto de vista las corrientes labiles y la faradización localizada, á mi juicio, las corrientes de elección.

PREPARACIÓN DE LA VACUNA ANTICARBUNCULOSA DE PASTEUR

por el **Dr. Julio Méndez**

(*Centralblatt für Bakteriologie. 1898. Nº. 17*)

Desde el descubrimiento de la vacuna de Pasteur para inmunizar contra el carbunclo (1881) hasta el día, un sinnúmero de vacunos han sido vacunados con los resultados prácticos ya conocidos.

La preparación de esta vacuna descrita en sus principales líneas por el gran sabio francés, ha sido intentada por diversos investigadores sin resultado positivo.

La falta de detalles en la comunicación original dificulta tanto la preparación, que muchos experimentadores llegaron á la idea errónea de que se trataba de *razas* bacilares, enteramente distintas del bacilo común.

El método de preparación se basa en el principio, hoy completamente conocido, de la diminución de la virulencia de los micro-organismos bajo la influencia del calor.

Este principio ha sido demostrado por Pasteur, especialmente para el carbunclo, determinando la temperatura necesaria para la atenuación é impidiendo al mismo tiempo la formación de esporas.

La formación de esporas se suspende con una temperatura de 42-43°, continuando perfectamente el desarrollo del bacilus.

El método de preparación de la vacuna Pasteur puede ser efectuado del modo siguiente:

1º Preparación del caldo nutritivo

Se macera carne de vaca bien picada en la proporción de un kilogramo de carne en dos litros de agua, durante

12 á 16 horas, á una temperatura de 20-24°, más ó menos según el modo descrito por el profesor Nicolle en Constantinopla. Se cuela y se añaden 2 % de peptona Witte y 0,50 % de cloruro sódico. Se hierve de nuevo, reemplazando la pérdida de agua por evaporación y se alcaliniza con legía de potasa ó de soda, á no ser que ya exista reacción alcalina

Se filtra y se vierte el líquido en matraces de cualquiera forma de 1 litro de capacidad, en cantidad de 250 c.c. en cada uno.

Finalmente se esteriliza en el autoclavo.

2° Semilla (Urstoff, semence)

Para preparar la semilla, que no es otra cosa que los esporos conservados de los diversos grados de virulencia obtenidos, se procede del modo siguiente:

Para obtener la semilla necesaria para la llamada segunda vacuna se inocula á un chanchito de Indias de tres á cuatrocientos gramos 1 c. c. de cultivo en caldo de 24 horas y de mediana virulencia. El animal muere 36 horas después.

Con la sangre de este animal se siembran varios tubos de caldo ó de agar y se dejan durante 48 horas en la estufa á 35-37°.

El cultivo así obtenido es rico en bacilos y esporas. Estas esporas se conservan en tubos capilares, ó bien se depositan sobre pequeñas plaquitas de vidrio bien esterilizadas, donde al secarse forman una especie de barniz opaco.

Estas plaquitas se conservan en pequeñas botellas obscuras y herméticamente cerradas, constituyendo así la semilla (Urstoff) de la variedad más fuerte de la segunda vacuna (*a*).

Para preparar la segunda vacuna (*b*) se toma una pequeña cantidad de las esporas de la segunda vacuna (*a*) frotando con una asa de platino. Después de sembrado se pone el matraz durante 24 horas en la estufa á 42,5°. Después se siembran con este cultivo varios tubitos de agar, que se dejan para que formen esporas, durante 48 horas en la estufa á 35-37°.

Ahora se toma con una asa de platino el producto del cultivo, que también resulta rico en esporas y se extiende del modo arriba descrito sobre plaquitas de vidrio. Esto constituye la semilla (Urstoff) de la segunda vacuna (*b*).

Del mismo modo se puede obtener esporas de mayor atenuación prolongando la permanencia de la semilla (*a*) (Urstoff) en la estufa á 42,5° y siguiendo los mismos procedimientos de antes.

Para obtener esporas de la llamada vacuna primera, se frota con un asa de platino del modo arriba descrito, la plaquita vidrio que contiene esporas de la 2ª vacuna (*a*), se siembra en caldo y se deja durante 96 horas en la estufa á 42-5°. Con la cultura así obtenida se siembra tubitos de agar, que se ponen durante 48 horas en la estufa á 35-37° para obtener esporas que se conservan según los métodos ya conocidos.

Preparada de este modo la semilla (Urstoff) puede obtenerse, cada vez que sea necesario, la vacuna de uno de los grados señalados.

3° Preparación de la vacuna

Se toma un matraz con 250 c. c. de caldo y con un asa de platino esterilizada y mojada en el caldo se refriega una pequeña superficie de la plaquita de vidrio que contiene las esporas del grado deseado. El frotamiento se hace sólo con una parte del alambre de platino, sin tratar de llenarla con la capa de esporas.

El caldo así sembrado se deja durante 48 horas en la estufa á 42,5°, estudiando los progresos de la cultura después de 24 horas.

Un resultado positivo para la cultura se reconoce por el hecho que desde el fondo del matraz—al que se ha colocado ligeramente inclinado en la estufa á fin de obtener una superficie mayor, se desprende al enderezarlo una pequeña nubecula en el punto en que el líquido cubre la pared del matraz.

Esta es la prueba positiva de la cultura. En seguida se sacude de nuevo el líquido y se deja durante 24 horas más en la estufa.

Generalmente se siembra una cantidad mayor de es-

poras de la llamada vacuna primera. De este modo, el líquido está bastante turbio á las 48 horas.

Si se trata de vacunación de otros grados de la vacuna 2ª, se emplean del mismo modo cantidades tanto menores de esporas, cuanto mayor es su virulencia.

Así, por ejemplo, la vacuna segunda (*a*), después de 24 horas deja reconocer apenas vestigios de cultura, de modo que una persona poco práctica duda en las primeras 24 horas del resultado de la cultura.

A veces la cantidad sembrada es demasiado grande y en tal caso el aspecto de la cultura varía según el mayor ó menor exceso de esporas.

Si el exceso es tal que no pueda remediarse, la cultura á las 24 horas no solamente es bastante turbia, sino que muestra pequeños copos, de color obscuro, formados por aglomeraciones de bacilos. En tal caso la acción de la vacuna no es homogénea, no puede dosificarse y en consecuencia no debe emplearse.

Si el exceso es de importancia, pero no tanto como en el caso anterior, la cultura es turbia y es posible diluirla con caldo esterilizado hasta que tenga las propiedades requeridas.

Estas culturas no desarrollan filamentos durante su formación.

El valor de los productos obtenidos de este modo ha sido demostrado por mí en una comunicación titulada: "Experimentos de graduación de la vacuna carbunculosa argentina" publicada en los ANALES DEL CÍRCULO MÉDICO ARGENTINO, 1897, Nº 23.

La comprobación se obtuvo también por medio de vacunaciones preventivas en ganado, empleando paralelamente vacuna genuina Pasteur, que es idéntica á la mía.

La vacuna primera es el único producto para todas las especies animales; sólo hay diferencias en las dosis á emplearse.

La vacuna segunda tiene varios grados. La variedad (*b*) de esta vacuna puede recomendarse en todos los casos.

Dosis para vacunos 1/4 ccm. y para ovejas 1/8 ccm. de la 1ª y 2ª vacuna con un intervalo de 12 á 14 días.

ÍNDICE DEL TOMO XXI (1898) [1]

Clínica médica—Enfermedades nerviosas

Página

La blenorragia, enfermedad general.—*Louis Jullien*—Nº 1 3

Cuatro casos de afección de la cola de caballo.—Tesis, *L. Aravena*—Nº 1 11

De los cáusticos en la neumonía.—Tesis, *L. Bárcenas*—Nº 1 12

Algunas consideraciones sobre el pronóstico de la alienación mental.—Tesis, *J. T. Borda* Nº 1 13

Consideraciones prácticas sobre el tratamiento del cólera.—Tesis, *P. Brenan*—Nº 1 13

Pseudo-reumatismo poliarticular infeccioso de origen blenorrágico.—Tesis, *E. Burr*—Nº 1 13

Hepatosyphilosis.—Tesis, *S. Cerruti*—Nº 1 16

Taquicardia paroxística.—*Herringham* Nº 1 19

Consideraciones sobre la sintomatología gástrica.—*L. Inurrigarro*—Nº 2 25

Litiasis biliar.—Tesis, *J. Demaría*—Nº 2 32

Tratamiento de las bronco-neumonías infantiles.—Tesis, *A. Díaz*—Nº 2 32

Comentarios clínicos sobre algunos casos de tumores del pulmón.—Tesis, *F. Emparanza*—Nº 2 33

Contribución al estudio de la influenza en los niños.—Tesis, *Fernández Blanco*—Nº 2 34

Estrechez mitral pura.—Tesis. *Fernández*—Nº 2 34

(1) Los títulos en letra negra indican trabajos originales.

Página

Consideraciones sobre la dispepsia y su patogenia.—Tesis, *M. Foutel*—Nº 2..... 34
Tumores del mediastino.—Tesis, *J. Galíndez*—Nº 2..... 35
Miopatía primitiva progresiva.—Tesis, *N. Gardeazabal*—Nº 3..... 61
Miocarditis típica.—Tesis, *P. Gil*—Nº 3..... 61
Estrechez de la arteria pulmonar.—Tesis, *R. Lemos*—Nº 3. 64
De la corea infantil.—Tesis, *J. Maidagan*—Nº. 3..... 64
La ley de Colles y el choque en retour.—*Finger*—Nº 3.. 74
Síntomas precoces poco conocidos del tabes dorsalis.—*V. M. Bechterew*—Nº 3..... 75
Asma y pseudo-asmas.—Tesis, *A. Ruíz*—Nº 5..... 120
Enfermedad de Little.—Tesis, *J. Salvador*—Nº 5..... 121
La electroterapia en ciertas formas de neurastenia.—*Apostoli*—Nº 5..... 124
Patogenia y tratamiento del bocio exoftálmico.—*Vigouroux*—Nº 5..... 127
Un caso de quiluria simulada.—*Casper*—Nº 10..... 257
Método simple y exacto para avaluar la cantidad de hemoglobina.—*C. E. Ide*—Nº 11..... 274
El hambre en los neurasténicos.—*L. Ferranini*—Nº 11.. 277
Modo de producción del primer sonido del corazón. *R. Quain*—Nº 11..... 282
Fiebre tifoidea mortal, serodiagnóstico negativo.—*Artoud y Bayón*—Nº 12..... 207
Etiología y profilaxia de los trastornos gastro-intestinales en los niños.—*G. Araoz Alfaro*—Nº 15..... 357
Signo clínico indicador de la urgencia de intervención quirúrgica en el crup.—*Bayeux*—Nº 16..... 394
Tratamiento de la enfermedad de Bright crónica (nefritis tubaria).—*W. Ewart*—Nº 16..... 400
Un caso de sarcoma del mediastino.—*C. Diana*—Nº 18. 425
Del valor del signo de Koplik para el diagnóstico del sarampión.—*Libmann*—Nº 20..... 498
La pulsación del pie.—*S. Tatti*—Nº 22, pág. 525 y 23 549
Un caso de miopatía primitiva progresiva.—*Mariano Alurralde*—Comunicación hecha en la sesión científica del C. M. A.—Nº 24..... 577

Terapéutica é Higiene

Página

Cloralosa.—Tesis, *E. Bejarano*—Nº 1..... 14
Breves consideraciones sobre el ciclismo.—Tesis, *Caballero*—Nº 1..... 14
Alimentación de la primera infancia, lactación materna y artificial.—Tesis, *J. Cervera*—Nº 1..... 15
Absorción de la grasa por lavativas.—*Deucher*—Nº 1.... 23
Alimentación de la primera infancia.—Tesis, *J. Hansen*—Nº 3..... 63
Higiene infantil.—Tesis, *C. Muniagurria*—Nº 4..... 96
Anestesia general por el cloroformo.—Tesis, *D. Rapela*—Nº 5..... 119
Del método en terapéutica.—Tesis, *G. Uva*—Nº 5..... 121
Utilidad del vejigatorio.—*Huchard*—Nº 10..... 255
Tratamiento del diabetes.—*Leo*—Nº 12..... 306
La provincia de Corrientes.—*E. Coni*—Nº 14..... 338
Aplicaciones locales del salicilato de metilo.—*Linossier y Lannois*—Nº. 14..... 353
Accidentes debidos al empleo de los rayos de Roentgen.—*Derville*—Nº 16..... 389
Medicamentos incompatibles con la antipirina.—Nº 18... 448
Estado actual de la opoterapia.—*Teissier*—Nº 19..... 459

Cirugía general

Contribución al estudio de la cura radical de los aneurismas quirúrgicos.—Tesis, *J. F. Aranguren*.—Nº. 1. 11
Cura radical de la hernia inguinal.—Tesis, *C. Ballestero Blaye*.—Nº 1..... 12
Neumotomías y neumectomías.—Tesis, *P. Castro Escalada*.—Nº 1..... 15
La tiroidectomía en el bocio exoftálmico.—Tesis, *E. Corbellini*.—Nº 1..... 17
Consideraciones sobre la espina bífida y su tratamiento.—Tesis, *L. Funes*.—Nº 2..... 35

Página

Contribución al estudio del tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del hígado.—Tesis, *M. Esteva Berga.* —Nº 2..... 33
Tratamiento quirúrgico de la úlcera crónica del estómago.—*Mikulicz.* - Nº 2..... 43
Gastro-enterostomía con los botones anastomóticos de Chaput en la estrechez del píloro.—Tesis, *A. Godoy.* —Nº 3..... 62
Quistes hidatídicos del hígado. Consideraciones sobre su tratamiento.—Tesis, *P. Lacasa.*—Nº 3..... 63
El tratamiento post-operatorio de los enfermos quirúrgicos.—Tesis, *R. Laspiur.* - Nº 3..... 63
Tratamiento de los quistes hidáticos del hígado.—Tesis, *F. Llobet.*—Nº 3..... 64
El libro del Dr. Llobet. Continuación y réplica del Dr. *Decoud.*—Nº 4. 77
Linfangiomas quísticos congénitos del cuello.—Tesis, *A. J. Medina.*—Nº 3..... 95
Tratamiento quirúrgico de la pleuresía purulenta aguda. *J. Morello.*—Nº 4..... 96
Contribución al estudio de los principales tratamientos quirúrgicos del pio-salpinx.—Tesis, *J. Ravena.*—Nº 5. 119
Conservación de movimientos después de las heridas y resecciones articulares.—Tesis, *R. Rottger.*—Nº 5.... 120
Gastrostomía.—Tesis, *N. Roveda.* - Nº 5..... 120
Tratamiento de los abscesos del hígado.—*Walther.*—Nº 6. 154
Sobre el enderezamiento del espinazo en los casos de espondilitis.—*Wolff.*—Nº 6..... 155
Tratamiento de los quistes hidáticos.—*A. Posada.*— Nº 7 y 8..... 187
Cirugía del Rosario.—*B. Vassallo.*—Nº 9, pág. 221. Nº 10..... 244
Dos casos de balas en el cerebro.—*Bergmann.*—Nº 10.. 259
Periostitis alveolar.—*A. Palermo.*—Nº 11..... 261
Nuevo método para la cura radical de las hernias inguinales.—*Ryerson Fowler.*—Nº 11..... 279
Polidactilia.—Nº 12..... 292

Página

Una serie de doce craniectomias. - *A. Chipault.*—Nº 12.. 295
De la asepsia quirúrgica. *Mikulicz.*—Nº 13..... 322
Nuevas observaciones sobre el tratamiento de la epilepsia por la resección completa de los ganglios cervicales superiores del simpático.—*A. Chipault*—Nº 13..... 325
Investigaciones experimentales acerca de la infección y desinfección de las heridas por armas de fuego.—*A. Broca.*—Nº 13..... 327
Tratamiento de la gibosidad pottica por el método de Calot.—*Hoffa.*—Nº 13..... 329
Abscesos del cerebro en los niños.—*Emmel Holt.*—Nº 13. 331
Psicosis post-operatorias.—*Reynier.*—Nº 14..... 355
Estudios experimentales sobre la asepsia.—*Schaeffer.*—Nº 15..... 375
Tratamiento quirúrgico de la peritonitis tuberculosa.—*Lejars.*—Nº 16..... 399
Regeneración del estómago después de la resección total de este órgano.—*Schuchardt.*—Nº 17..... 418
Cirugía del estómago en la clinica de Heidelberg.—*Stendel.*—Nº 17..... 419
Un nuevo método de resección del piloro y del intestino.—*Doyen.*—Nº 17..... 421
Sobre la técnica de la extirpación del cáncer estomacal.—*Mikulicz.*—Nº 17..... 423
Extirpación del cáncer del recto por la vía abdomino-perineal.—*Quénu.*—Nº 17..... 424
Tratamiento quirúrgico del bocio exoftálmico.—*T. H. Jonnesco.* Nº 18..... 431
Influjo de la laparotomía en los ganglios carcinomatosos del mesenterio.—*E. Ullmann.*—Nº 18..... 446
Riñón doble situado en el lado izquierdo.—*Bielka y Karltreu.*—Nº 18..... 447
Tumor diverticular del ombligo. - *N. Magnanini.*—Nº 19..... 449

Enfermedad de los ojos, oídos, nariz y garganta

Página

Otitis de las células mastoideas.—Diagnóstico y tratamiento.—Tesis, *A. Agudo Avila.*—Nº 1º..... 10
Tratamiento quirúrgico de las otitis medias supuradas. —Tesis, *S. Foutel.*—Nº 2..... 34
Miasis de las fosas nasales y del oído.—Tesis, *A. Nores.* Nº 4..... 97
Consideraciones sobre los nuevos midriáticos. *Otto Wernicke.*—Nº 5..... 112
El protargol en terapéutica ocular.—*Darier.*—Nº 5..... 128
Sintomatologia y tratamiento de las colas de cornete. —*D. Urquiza.*—Nº 7..... 178
Vegetaciones adenoideas durante el primer año de la vida.—*Cuvillier.*—Nº 16..... 396
Poliopía histérica.—*Otto Wernicke.*—Nº 17..... 405
Oto-Rino-Laringología.—Estadística comentada de los años 1896 y 97.—*Diógenes Urquiza.*—Nº 20 y 21, pág. 481 y..... 501
La traqueotomía y la intubación fuera de los hospitales. —*Cadet de Gassicourt.*—Nº 22..... 544

Ginecología

Rotura del útero durante el parto.—Tesis, *A. E. Chiocconi*—Nº 1 17
Contribución al estudio de la vaginopexia de Le Dentu.—Tesis. *J. Ehuletche*—Nº 2..... 33
Tratamiento de las colecciones purulentas ó sanguíneas de la pelvis por la abertura del fondo de saco de Douglas y el drenaje.—Tesis, *A. Ferrari*—Nº 2..... 34
Consideraciones sobre el raspado del útero sin anestesia.—*Enrique Tornú*—Nº 3..... 48
Placenta previa.—Tesis, *S. González*—Nº 3..... 62
El curetaje como tratamiento racional del aborto.—Tesis, *J. Llames Massini*—Nº 3..... 64
De la embriotomía cefálica.—Tesis, *P. Plaza*—Nº 4... 97

Página

Placenta previa.—Tesis, *D. Pujato*—Nº 4.. 98
Embarazos ectópicos.—*M. Reibel*—Nº 5..... 119
Tratamiento de las metritis por el raspado. *J. Ruiz de los Llanos*—Nº 5..... 111
Del forceps en el estrecho superior.—Tesis, *P. Walsh*—Nº 5 121
Ligaduras atrofiantes en el cáncer inoperable del útero—*Hartmann* y *Fredet*—Nº 6..... 155
Sinfisiotomía y parto prematuro en una cifótica.—*A. Murillo*—Nº 7..... 157
La ooforina contra las molestias de la menopausa.—*Saalfeld*—Nº 10..... 257
Tratamiento de la eclampsia.—*Mangiagalli*—Nº 16..... 403

Toxicología — Medicina legal

Identificación.—Tesis, *Blanco Villalta*—Nº 1..... 12
Intoxicación por las sales de plomo.—Tesis, *L. Marouiller*—Nº 3..... 66
De la prueba pericial.—*Alba Carrera*—Nº 6..... 148
Investigaciones anatómicas y químicas sobre el «liseré» plúmbico.—*H. Ruge*—Nº 11..... 272

Anatomía normal y patológica — Patología general — Medicina experimental

Infecciones agudas y degeneraciones parenquimatosas.—Tesis, *Tomás Cerruti*—Nº 1..... 16
Biomecánica—*Benedict*—Nº 5..... 126
Sobre la coloración de la piel.—*R. Wernicke*—Nº 6.. 129
Sobre vísceras flotantes.—*R. Wernicke*—Nº 7 y 8..... 169
Estudios teratológicos.—*E. Lahille*—Nº 10..... 237
Efectos benéficos de una enfermedad sobre otra.—*Harry Campbell*—Nº 12..... 300
G. Born. Verwachsungsversuche mit amphibienlarven—*R. Wernicke*—Nº 13..... 309
Cuerpo tiroides y mixedema.—*W. Menke*—Nº 18..... 444

Enfermedades infecciosas — Bacteriología Parasitología

Página

Examen bacteriológico de la sangre en las enfermedades infecciosas, particularmente en la neumonia. — *H. Kohn*—Nº 1 21

Dos casos de carbunclo curados con el suero Méndez. *J. Lemos*—Nº 3 58

La erisipela.—Tesis, *F. Gómez*—Nº 3 62

Ensayos de tuberculino-diagnosis.—Tesis, *E. Loudet*—Nº 3 65

Sobre algunas anomalías de la taenia medio canellate.—Tesis, *J. Magnin*—Nº 3 65

El bacilo tífico en las aguas de pozo.—*Julio Lemos*—Nº 5 105

Un nuevo caso de carbunclo curado por el suero del Dr. Méndez.—*Caridi Massini*—Nº 5 117

Desinfección.—Tesis, *Leopoldo Uriarte*—Nº 5 121

La lepra.—*M. Aberastury*—Nº 7 199

Toxina tifoidea soluble y suero antitóxico de la fiebre tifoidea.—*Chantemesse*—Nº 9 229

Infección por la atmósfera.—*Flügge*—Nº 10 258

Poder antiséptico de la plata.—*Credé*—Nº 11 269

La lepra en Corrientes.—*E. Coni*—Nº 13 314

La toxina de la tuberculosis.—*Behring*—Nº 13 318

La fiebre aftosa.—*Löffler*—Nº 13 321

Composición química y propiedades bactericidas del líquido céfalo-raquídeo.—*Concetti*—Nº 13 333

Reacciones del organismo contra las infecciones. — *Paltauf*—Nº 14 343

Vacuna argentina contra el carbunclo. — *S. Tatti*—Nº 16 386

Las asociaciones micróbicas y las infecciones mixtas.—*Spillmann*—Nº 17 411

Transmisión de toxinas del feto á la madre.—*Charrin*—Nº 18 441

Página

Estudio clínico de la tuberculina.—*T. R. Landouzy*—Nº 21 522
Tratamiento de la tuberculosis por medio de la oxituberculina.—*J. Hirschberg*—Nº 22..... 547
Empleo y valor clínico de la aglutinación del bacilo de Koch por el suero sanguíneo del hombre.—*Arloing* y *Courmont*—Nº 22..... 545
Serodiagnóstico de los derrames tuberculosos de las serosas.—*Courmont*—Nº 22..... 546
Suero de Hayem en el tratamiento de la tuberculosis. *F. Veyga*—Nº 23..... 570
Etiología de la tuberculosis quirúrgicas primitivas.—*Kuss*—Nº 23..... 574
Un caso de hidrofobia no adquirido por mordedura.—*Muraschko*—Nº 23..... 576
Preparación de la vacuna anticarbunculosa de Pasteur—*J. Méndez*..... 597

Enfermedades de las vías urinarias, de la piel y sífilis

Investigaciones experimentales sobre la próstata y los diversos medios de tratamiento de la hipertrofia de la próstata.—*L. Casper*—Nº 2..... 41
Sífilis ignorada.—*A. Fournier*—Nº 3..... 67
Prostatismo.—Tesis, *J. Nin Posadas*—Nº 4..... 96
Fístulas perineales, su tratamiento.—Tesis, *P. Passo*—Nº 4..... 97
Cateterismo de los uréteres en el hombre y en la mujer.—*Albarrán*—Nº 5..... 122
Algunos ensayos de hemoterapia y seroterapia en la sífilis.—*Luis Jullien* Nº 6..... 146
Sarcomatosis cutánea melánica con generalización visceral.—*M. Aberastury*—Nº 9..... 209
Etiología de las dermatosis en general y sobre las diversas manifestaciones de la sífilis.—*Gaucher*—Nº 10.... 249
Sífilide papulosa nigricante.—*M. Aberastury*—Nº 14. 333

Página

Protargol en la blenorragia.—*Behrend*—Nº 14..... 355
Lepra nerviosa.—*M. Aberastury*—Nº 15..... 370
Dos casos de angio-neurotomía doble del cordón espermático.—*Lorenzo Suárez*—Nº 16..... 381
Tuberculosis verrugosa.—A propósito de un caso de lepra.—Sifílides gomosas en actividad durante 17 años.—*M. Aberastury*—Nº 20..... 473
Resultados de la cistostomía suprapubiana en el prostatismo.—*Poncet*—Nº 20..... 500

Fisiología

Algunas consideraciones sobre los reflejos emotivos.—Tesis, *E. Prius*—Nº 4..... 98
Estudio experimental de la acción del curare sobre los músculos estriados.—*M. Alurralde*—Nº 19..... 452

Facultades é instituciones médicas—Varios

Asociación médica de protección mutua.—Nº 1..... 24
Estudio comparativo de la posición de los médicos en Francia y Alemania.—*Schobert*—Nº 2..... 36
Congreso Científico Latino-Americano.—Nº 2..... 46
Reglamento de la publicación de « Archives medicales argentins ».—Nº 4, pág. 98, Nº 12..... 308
El médico más antiguo de la República Argentina. ¿Ha existido la lepra en la América precolombiana?—*R. Lehmann Nitsche*—Nº 718..... 195
Discurso del presidente del C. M. A. al presentar la memoria de 1897.—Nº 12..... 285

Necrología

Carlos C. Camicia.—Nº 9..... 236

ÍNDICE DE AUTORES

Página

Aberastury 199, 209, 285, 333, 370, 473
Alurralde 452, 577
Albarran 122
Alba Carrera 148
Apostoli 124
Aranguren 11
Araoz Alfaro 357
Aravena 11
Arloing 545
Astaud 307
Avila 10
Ballestero Blaye 12
Bárcena 12
Bayeux 394
Bayon 307
Bechterew 75
Behring 318
Benedict 126
Bejarano 14
Behrend 355
Bergmann 259
Blanco Villalta 12
Borda 13
Brenan 13
Broca 327

Página

Burr 13
Caballero 14
Casper 41, 257
Castro Escalada 15
Caride 117
Cervera 15
Cerruti S. 16
Cerruti T. 16
Chantemesse 229
Charrin 441
Chiocconi 17
Chipault 295, 325
Concetti 331
Coni 314, 338
Courmont 545, 546
Corbellini 17
Credé 269
Cuvillier 396
Darier 128
Decoud 77
Demaria 32
Derville 389
Deucher 23
Diana 425
Diaz 32
Doyen 421
Ehuletche 33
Emmet Holt 330
Emparanza 33
Esteva Berga 33
Ewart 400
Fernández Blanco 34
Ferrari 34
Ferranini 277
Finger 74
Fournier 67
Fontel 34, 35

Página

Flügge 258
Fredet 155
Funes 35
Galíndez 35
Gardeazabal 61
Gassicourt 544
Gaucher 249
Gil 61
Godoy 62
Gómez 62
González 62
Greco 521
Grierson 299
Hansen 63
Hartmann 155
Haringham 19
Hiradfelder 547
Hoffa 329
Huchard 255
Jullien 3, 146, 299
Jole 274
Jonnesco 431
Karttren 417
Kohn 21
Kuss 574
Lacasa 63
Lahille 237
Landouzy 522
Laspiur 63
Lannois 353
Lemos 58, 64, 105
Lehmann Nitsche 195
Leo 306
Lejars 399
Llames 64
Llobet 64
Loudet 65

Página

Löffler..... 321
Limpossier..... 353
Libmann..... 498
Magnanini..... 449
Mangiagalli..... 403
Magnin..... 65
Maidagan..... 66
Marouillier..... 66
Massini..... 64
Matti..... 66
Medina..... 95
Menke..... 444
Méndez..... 597
Mikulicz..... 43, 322, 423
Morello..... 96
Muniagurria..... 96
Murillo..... 158
Muraschko..... 576
Nin Posadas..... 96
Nores..... 97
Ortiz..... 521
Passo..... 97
Palermo..... 261
Paltauf..... 343
Plaza..... 97
Poncet..... 500
Prius..... 98
Pujato..... 98
Posada..... 187
Quain..... 282
Quénu..... 424
Rapela..... 119
Ravena..... 119
Reibel..... 119
Reynier..... 355
Rodríguez..... 119
Rocha..... 120

Página

Roveda 120
Ruiz 120
Ruiz de los Llanos 121
Ruge 272
Ryerson Fowler 276
Saalfeld 257
Salvador 121
Schaeffer 375
Schobert 36
Schuchard 418
Sibut 3
Spillmann 411
Stendel 419
Suárez 381
Tatti 386, 525, 549
Teisier 459
Tornú 49, 542
Ullmann 446
Uriarte 121
Urquiza 178, 481, 501
Uva 121
Vassallo 220, 244
Veyga 153
Vigouroux 127
Ynurrigarro 25
Walsh 122
Walther 154
Weinlechner 100
Wernicke O. 112, 405
Wernicke R. 129, 169, 309, 409
Wolff 155

WELLCOME LIBRARY INSTITUTE